

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051506
Самойленко Анжелины Анатольевны**

Научный руководитель
Преподаватель Витива Н. В.

Рецензент
старшая медицинская сестра,
ОГБУЗ «Детская областная
клиническая больница»,
детская поликлиника №4
Митько О.К.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.....	5
1.1. Понятие о заболевании бронхиальной астмы.....	5
1.2. Проявления бронхиальной астмы у детей.....	7
1.3. Диагностика бронхиальной астмы у детей	8
1.4. Лечение бронхиальной астмы у детей.....	9
1.5. Осложнения бронхиальной астмы у детей.....	15
1.6. Профилактика бронхиальной астмы у детей	18
1.7. Диспансеризация при бронхиальной астме	21
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	25
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»	25
2.2. Распространенность бронхиальной астмы у детей	26
2.3. Исследование «Оценка уровня информированности родителей, по вопросам профилактики бронхиальной астмы»	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	46
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	51
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	Ошибка! Закладка не определена.

ВВЕДЕНИЕ

Еще врач Древней Греции Гиппократ ввел термин «астма», что в переводе с греческого означает «удушьё». В его трудах в разделе «О внутренних страданиях» встречаются указания на то, что астма носит спастический характер, а одной из причин, вызывающих удушье, являются сырость и холод. Учение Гиппократа, стремившегося объяснить возникновение болезней, в том числе и бронхиальной астмы, определенными материальными факторами, было в дальнейшем продолжено в трудах многих врачей.

Данное заболевание является распространенной проблемой, встречающейся у людей любого возраста и социальной группы. Наиболее подвержены болезни дети. И лишь половина болеющих детей впоследствии «перерастают» проблему. Остальные будут продолжать болеть и во взрослом состоянии. Кроме того, заболевание коварно своими осложнениями, приводящими к инвалидности.

Актуальность профилактики заболевания бронхиальной астмы связано с тем, что число страдающих данным заболеванием растет с каждым днем. Главными проблемами является: снижение качества жизни пациентов с бронхиальной астмой, высокие показатели смертности и инвалидизации. Каждая 250 смерть в мире происходит по причине бронхиальной астмы, практически каждую из них можно было предотвратить. Анализируя причины смертности, можно сделать вывод о несвоевременно оказанной неотложной помощи. В настоящее время во всем мире число детей страдающих бронхиальной астмой достигло 250 миллионов. В России зафиксировано 800 тысяч детей страдающих бронхиальной астмой. И эти цифры продолжают расти.

Цель исследования: изучить профессиональную деятельность медицинской сестры в профилактике бронхиальной астмы у детей.

Задачи:

-изучить данные литературных источников по выбранной проблеме и провести анализ полученных данных;

-подготовить вопросы анкетирования для выявления роли медицинской сестры в профилактике бронхиальной астмы у детей;

- провести анкетирование родителей детей, страдающих бронхиальной астмой, находящихся на стационарном лечении ОГБУЗ ДОКБ и сделать по проведенному исследованию выводы;

-дать рекомендации медицинским сестрам педиатрического отделения ОГБУЗ ДОКБ в соответствии с полученными выводами.

Объектом исследования является деятельность медицинской сестры в профилактике бронхиальной астмы у детей.

Предметом исследования являются профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике бронхиальной астмы.

Методы исследования: научно-теоретический; аналитический; практический; наблюдение.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

1.1. Понятие о заболевании бронхиальной астмы

Бронхиальная астма (БА) - это заболевание с хроническим течением, характеризующееся аллергическим воспалением и высокой чувствительностью бронхов по отношению к возбудителям, попадающим из окружающей среды, проявляется повторяющимися эпизодами преимущественно в ночное время суток: свистящими хрипами, одышкой, кашлем, заложенностью грудной клетки в результате обструкции дыхательных путей легких.

По данным ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) бронхиальная астма считается лидером среди заболеваний, которые приводят к смертности и хроническому течению. По статистике около 300 миллионов людей на Земле страдают бронхиальной астмой. В связи со стремительным ростом статистики, вопрос, касающийся бронхиальной астмы в последнее время во всех странах, является ключевым в области пульмонологии. Многие составляющие в повседневной жизни могут стать факторами риска в развитии данного заболевания. К примеру, одной из причин является особенность анатомического строения бронхиального дерева. Особенностью бронхов у детей является то, что эластичные и мышечные волокна развиты слабо. Гиперчувствительность занимает второе место в цепочке развития бронхиальной астмы, то есть бронхи имеют повышенную чувствительность на агентов, попадающие из окружающей среды. При попадании пыли в здоровые легкие бронхи не реагируют в форме астмы. В результате реакция бронхов проявляется спазмом и приступами удушья. Во время выдоха характерна тяжелая одышка. Агенты, вызывающие реакцию организма, называются аллергенами. Это чужеродные для организма вещества, против которых работает иммунная система. Аллергены делят на 2 типа по проникновению в

организм: эндоаллергены - это аллергены, которые находятся в организме здорового человека. И экзоаллергены - аллергены, попадающие в организм здорового человека из окружающей среды. Экзоаллергены можно разделить на: биологические, лекарственные, бытовые, пылевые, пищевые, промышленные. Каждый уголок мира имеет специфическую растительность, которая может стать причиной бронхиальной астмы населения. Так же аллергены состоят из рецепторных структур, которые называются детерминантами. Зачастую аллергены в структуре имеют наличие одинаковых детерминант, которые могут принадлежать самым различным носителям: пыль, пища, растения, животные и тд. Это вызывает возможность перекрестной реакции организма. Так, например, люди с выявленной реакцией на плесневые грибы могут среагировать на препараты пенициллиновой группы и с продуктами питания: квас, кефир.

Большую роль играет генетическая предрасположенность, присутствие бронхиальной астмы у близких родственников увеличивает риск заболеваемости на 15- 20%. В этом случае генетика играет роль в особенности строения и чувствительности бронхов, а так же в совершенности иммунной системы. Имеет значение влияние вредных токсических веществ, таких как: сигаретный дым, дым от костра и другие. Данные факторы имеют не основное влияние на развитие бронхиальной астмы, но могут усугубить ситуацию. Не мало важны климатические условия страны, большую роль играет экология. Доказано, что в странах с высокой загрязненностью воздуха бронхиальная астма встречается намного чаще [3, с.79].

Итак, анализируя выше сказанное, можно сделать вывод, что бронхиальная астма хроническое, аллергическое, воспалительное заболевание дыхательных путей, проявляющееся повторяющимися эпизодами удушья, преимущественно в ночное время. Факторами риска которого является особенность строения бронхиального дерева, генетическая предрасположенность и гиперчувствительность бронхов.

1.2. Проявления бронхиальной астмы у детей

Бронхиальная астма делится на три периода: первый период предвестников, которому характерна реакция органов носоглотки в виде обильных водянистых выделений и непрекращающегося чихания. Для родителей предвестником приступа так же может стать поведение ребенка, он становится раздражительным, плаксивым, это предшествует возникновению приступообразного кашля и удушья. Второй период разгара характерен спонтанным проявлением, в котором проявляется затрудненное дыхание, сопровождающееся свистящими хрипами - провоцирующее удушье, появляется ощущение сдавленности грудной клетки, а так же вязкая тяжело отхаркиваемая мокрота. Во время приступа положение пациента вынужденное, слегка наклонившись вперед опираясь руками на колени. При перкуссии звук ясный, границы легких смещены вниз. При аускультации над легкими прослушивается везикулярное дыхание, ослабленное с удлинённым выдохом. Тоны сердца приглушены. В третий период, называемый периодом обратного развития начинается постепенное отхождение мокроты, количество хрипов уменьшается, и приступ удушья постепенно угасает. Для клинической картины бронхиальной астмы характерно: резкий короткий вдох и продолжительный шумный выдох; чувство сдавленности грудной клетки; отхаркивание вязкой мокроты; кашель проявляющийся преимущественно в ночное время суток; бывают нетипичные проявления, такие как зуд и высыпания на коже; ухудшение самочувствия со стороны органов дыхания в связи с сезонностью; ухудшение или проявление симптомов при контакте с аллергенами, при резких изменениях температуры окружающей среды, ОРЗ (Острые Респираторные Заболевания), физических нагрузках и эмоциональных напряжениях; улучшение состояние после приема антигистаминных и противоастматических препаратов [1, с.96].

Принимая во внимание выше сказанное можно сделать вывод, что течение бронхиальной астмы делят на 3 периода: период предвестников,

период разгара и период обратного развития. Бронхиальная астма имеет нарастающий характер клинических проявлений, а тяжесть заболевания бронхиальной астмы определяется выраженностью симптомов и частотой принятия препаратов.

1.3. Диагностика бронхиальной астмы у детей

Диагностика бронхиальной астмы у детей берет начало в возрасте 1 года. В 50% случаев болезнь проявляет себя в возрасте до 5 лет, а проявление явных признаков бронхиальной астмы у большого количества детей выявляется в школьном возрасте. Бронхиальная астма в детском возрасте преимущественно проявляется у мальчиков. Отличается от аллергии наличием приступов. Существует несколько способов диагностики бронхиальной астмы. В возрасте до 5 лет используют физикальное обследование, оно подразумевает: общий осмотр, сбор анамнеза, пальпация, аускультация, исследования органов систем. Как правило проявление бронхиальной астмы возникает у детей, страдающих атопическим дерматитом, аллергическим ринитом и у детей с отягощенной наследственностью. В ходе сбора анамнеза предположить наличие бронхиальной астмы можно по характерным признакам: отдышка, кашель преимущественно проявляющийся в ночное время, затрудненное дыхание, боли в груди, вынужденное положение во время проявления симптомов. Симптомы заболевания обостряются при физических и эмоциональных нагрузках и контакте с аллергеном, а так же при перепаде температур. Детям, достигшим возраста 5 лет, проводят спирометрию - оценку функции внешнего дыхания. Спирометрия позволяет определить степень обструкции дыхательных путей [5, с.132].

Симптомы бронхиальная астма у некоторых детей проявляются только в следствие физической нагрузки, для постановки диагноза в таком случае может помочь исследование реакции дыхательных путей на физическую нагрузку.

Физическая нагрузка в виде бега в течении 6 минут с последующим измерением пиковой скорости выдоха с помощью пикфлоуметра может быть полезным для постановки точного диагноза [9, с.47].

Еще одним методом выявления реакции организма ребенка на аллерген является постановка кожных проб. Этот метод абсолютно безопасен и информативен в диагностике. Кожные пробы позволяют выяснить к каким аллергенам повышена чувствительность организма и какое количество является критическим. Суть аллергопробы заключается в нанесении небольшого количества вещества-провокатора на кожные покровы ребенка, после чего оценивают реакцию организма на его воздействие.

На основании выше сказанного, можно сделать вывод, что при заболевании детей бронхиальной астмой есть не малое количество методов диагностики, которые можно подобрать с учетом личных критериев: возраста, вида проявления заболевания. Основными являются: спирометрия и постановка кожных проб.

1.4. Лечение бронхиальной астмы у детей

Лечение астмы у детей требует обязательного сотрудничества между родителями и больным ребенком, между ребенком и медицинским персоналом, между родителями и медицинским персоналом. Нужно помочь ребенку научиться жить с астмой, контролировать ее. Для предотвращения проявления приступов бронхиальной астмы необходимо создать для ребенка гипоаллергенную обстановку и скорректировать питание назначив гипоаллергенную диету, необходимо объяснить значимость диеты родителям и их ребенку. Принципом диеты при бронхиальной астме у детей является исключение продуктов из рациона питания способных вызвать приступ характерный заболеванию. Медицинская сестра дает рекомендации родителям по питанию ребенка с бронхиальной астмой. Потенциально аллергенными

продуктами для пациента является: рыба и морепродукты, молочная продукция, мучные изделия, цитрусовые, бобовые, орехи, ягоды, томаты, шоколад, мед, подсолнечное масло, майонез, кетчуп, консервы, копчености, окрашенные продукты [2, с.115]. Несмотря на ограничения в питании ребенку для роста и развития требуются витамины и строительный белок. Ребенку с бронхиальной астмой рекомендуется блюда из мяса кролика и индюшки; овощи различной обработки: капуста, кабачок, огурец; каши: гречневая, рисовая, перловая; масло: оливковое. Приготовление пищи для детей с бронхиальной астмой должно быть без различных усилителей вкусовых рецепторов, без содержания соли, приправ и пряностей. Для наглядности мы составили примерное меню для пациента с бронхиальной астмой на 1 день (Приложение 1).

Успешное лечение бронхиальной астмы зависит не только от питания, но так же и от гипоаллергенной обстановки. Очень важно объяснить родителям необходимость соблюдения правил гипоаллергенной обстановки быта. Для начала нужно определить, какие аллергены вызывают обострения. Основным методом диагностики является постановка кожных проб. Отталкиваясь от выявленных реакций организма на аллерген, наметить план мероприятий, направленных на создание гипоаллергенной обстановки. Помещение всегда должно быть чистым и аккуратным. Так как в основном провоцирующий фактором является домашняя пыль. Для решения этой проблемы необходима влажная уборка не менее 1 раза в день с дальнейшим проветриванием. На окнах должны быть предусмотрены сетки, которые хорошо задерживают тополиный пух и различных насекомых. Сетку так же необходимо регулярно чистить. Смена постельного белья не реже 1 раза в неделю с целью предотвращения пылевого клеща. Постельное белье должно быть из гипоаллергенных материалов: лен, гречиха, хлопчатобумажные ткани. Подушкам и одеялам должно уделяться не меньше внимания, они так же как и постельное белье должны быть из гипоаллергенных материалов перечисленных выше. Нельзя использовать подушки и одеяла с наполнителем из пера и шерсти. Мягкая мебель так же должна содержать минимальное количество обивки из

материала, который может вызвать обострения бронхиальной астмы. При невозможности заменить мебель, рекомендуется регулярно стирать мебельные чехлы, пылесосить, проводить влажную уборку. Ковры необходимо убрать, для создания гипоаллергенной обстановки подойдет легко моющиеся покрытия: линолеум, паркет. Шторы рекомендуется заменить на легкомоющиеся жалюзи. Проводя влажную уборку, протирать трудно доступные места: верх шкафов, углы. Не рекомендуется для уборки использовать бытовую химию. Рекомендуется контролировать влажность в помещении, повышение влажности способствует появлению грибка и плесени. Для профилактики появления грибка, после принятой ванны, необходимо оставлять дверь в ванную комнату открытой. Гигиенические мероприятия должны проводиться гипоаллергенными средствами, без добавок натуральных трав и ароматизированных отдушек. Использовать жидкие гипоаллергенные средства для стирки постельного и нательного белья, они более тщательно вымывают ткани. При выявленной реакции на домашних питомцев, незамедлительно исключить контакт с животным. Необходимо помнить, что реакцию организма может вызвать не только сам питомец, но и его корм, наполнители, материал спального места. После устранения животного из помещения, квартиры или дома, необходимо провести генеральную уборку. Близким и родственникам рекомендуется воздержаться от парфюмированной косметики [4, с.68].

При проявлении первых признаков приступа бронхиальной астмы для начала нужно попробовать оказать помощь не медикаментозным методом, для этого нужно: расстегнуть сдавливающую грудную клетку одежду; исключить все потенциальные аллергены; открыть окно и применить пациенту вынужденное положение, которое способствует поступлению воздуха в легкие, это положение сидя, слегка наклонившись вперед, приняв прочный упор на руки согнутые в локтевых суставах, это помогает использовать дополнительные мышцы при вдохе и увеличить порцию вдыхаемого воздуха. При неэффективности не медикаментозного метода до приезда скорой нужно воспользоваться специальным аэрозолем купирующий приступ, который как

правило страдающие бронхиальной астмой имеют при себе. Необходимо достать баллончик и помочь пострадавшему им воспользоваться. Перед использованием, баллончик с аэрозолем, нужно встряхнуть, затем сняв крышку перевернуть баллончик и вставить наконечник в рот. Если пациент не в состоянии использовать аэрозоль самостоятельно, помогите ему. Пациент должен сделать 1-2 вдоха во время нажатия на аэрозоль.

Лечение астмы у детей протекает так же как и у взрослых. Ребенок находится под контролем процесса воспаления дыхательных путей. Это особенно необходимо при тяжелом и среднетяжелом течении астмы. Если у него отмечаются приступы редко, ему необходимы лекарства, снимающие приступы. Лекарства, принимаемые детьми для лечения астмы, должны дозироваться в соответствии с возрастом. Обычно применяются специальные устройства для вдыхания противоастматических средств. Лечение бронхиальной астмы глюкокортикостероидными препаратами у детей является сложным процессом. К препаратам этой группы относятся будостер, пульмикрот, беклазон, симбикорт и другие лекарства последних поколений в виде дозированных аэрозолей, а также в виде таблеток: дексаметазон, целестон, полькортолон, преднизолон. Все они небезопасны из-за побочных эффектов. Глюкокортикоиды применяются для длительной профилактики приступов. Однако мощным безопасным и современным средством при лечении бронхиальной астмы все-таки являются дозированные аэрозоли. Качество жизни пациента с астмой в результате использования ингаляционных кортикостероидов существенно улучшается. Доза гормональных препаратов, получаемых ребенком с помощью ингаляторов, в десять раз меньше, чем при приеме таблетированных форм. Такое применение безопасно в связи с тем, что они оказывают местное воздействие и не поступают в кровь. Ингаляционные стероиды предназначены для ежедневного применения только при очень тяжелом течении болезни и неэффективны при приступе удушья. Кроме того, проводят мероприятия, направленные на ограничение воздействия на организм ребенка аллергенов. Исключают контакт с определенными

растениями в период их цветения, контакт с потенциальным аллергеном - животные, применение диет при пищевой аллергии и др [11, с.25]. При выявлении реакции ребенка на определенные аллергены проводят специфическую гипосенсибилизацию с целью ослабления реакции организма на данный аллерген. Для купирования приступов удушья в настоящее время широко применяют аэрозоли селективных адреномиметиков. Они оказывают быстрое бронхорасширяющее действие: тербуталин, сальбутамол, фенотерол, беротек и др. Доза препарата подбирается индивидуально и составляет чаще всего 2 вдоха дозированного аэрозоля. Для лечения используют так же аэрозоли м-холинолитиков: ипратропиум бромид, или атровент, беродуал. Для купирования приступа бронхоспазма часто применяют медленное внутривенное введение 10-15 мл 2,4% раствора эуфиллина. Для предупреждения приступов удушья назначают пероральный прием пролонгированных препаратов этой группы: таблетки «Теопэк» по 0,3 г 2 раза в день. В качестве симптоматического лечения для улучшения отхождения мокроты назначают отхаркивающие и муколитические препараты такие как: отвар термопсиса, корень алтея, мукалтин, бромгексин и др. Если ухудшение течения бронхиальной астмы сопровождается обострением сопутствующих заболеваний к примеру хронический бронхит или хроническая пневмония, назначают антибактериальные средства: эритромицин по 0,25 г. 4 раза в день, гентамицин по 40 мг 2 раза в день внутримышечно и др. При прогрессирующем течении бронхиальной астмы с тяжелыми приступами удушья, когда использование препаратов оказывается безуспешным, назначают глюкокортикостероиды. В них нуждается примерно 20% страдающих бронхиальной астмой. Обычно применяют 15 - 20 мг преднизолона в сутки, рекомендуется в утренние часы. Хороший эффект оказывает также ингаляционный способ применения гормональных препаратов, например, бекотида, так как он дает меньше побочных эффектов. При лечении астматического состояния применяют оксигенотерапию, внутривенное введение эуфиллина, высоких доз глюкокортикостероидов 60 - 90 мг

преднизолона каждые 3-4 ч. При возникновении синдрома «немого легкого» пациентов переводят на искусственную вентиляцию легких [8, с.52].

В периоде обострения бронхиальной астмы применяют процедуры физиотерапии. Одна из этих процедур называется аэрозольтерапия. Аэрозоли бывают: среднедисперсные, которые оседают в бронхах и высокодисперсные, которые оседают в альвеолах. Лекарственные электроаэрозоли чаще всего имеют отрицательный заряд. Отрицательно заряженные аэрозоли не угнетают функцию мерцательного эпителия бронхов, а повышают газообмен в альвеолярно-капиллярных зонах и способствуют снижению гипоксии. Так же эффективным является массаж грудной клетки. Лечебный массаж широко используется как для купирования приступов удушья, так и для лечения в межприступном периоде и в периоде обострения. Более эффективен комплексный массаж. Курс комплексного массажа составляет 10-12 дней. Основным вспомогательным методом лечения БА, является дыхательная гимнастика, целью которой является облегчение не только течения болезни, но и профилактика предупреждения осложнений. Занятия дыхательной гимнастикой следует проводить постоянно. Упражнения делают в хорошо проветриваемом помещении, а в теплое время года - на свежем воздухе.

Если ребенок достиг сознательного возраста, его необходимо обучить правилам самоконтроля его состояния. Самоконтроль необходим для своевременного купирования приступа бронхиальной астмы. Самым простым и эффективным методом самоконтроля астмы является пикфлоуметрия, которая показана всем больным бронхиальной астмой вне зависимости от степени тяжести и выраженности симптомов заболевания. Современная методика самоконтроля включает в себя периодическое определение максимальной скорости потока выдыхаемого воздуха с использованием портативного пикфлоуметра. Этот прибор очень прост в использовании, он фиксирует максимальную скорость потока выдыхаемого воздуха, которая изменяется лишь при изменении внутреннего диаметра бронхов. С его помощью можно определять показатели дыхания в домашних условиях, как в состоянии покоя,

так и во время приступа, что помогает определить степень тяжести заболевания. Медицинская сестра должна обучить ребенка или его родителей использовать пикфлоуметр. Для этого необходимо: достать пикфлоуметр и убедиться, что показатели равны нулю, сделать максимальный вдох полной грудью и обхватив мундштук губами, при этом не касаясь языком прибора сделать максимальный единичный выдох. Чтобы объяснить манеру выдоха ребенку, ему говорят дуть так, как будто гасишь свечи на торте. По мимо шкалы с численными показателями, прибор оснащен специальной цветной шкалой, которая расположена по принципу светофора: зеленый, желтый и красный. Цветная шкала показывает степень обструкции дыхательных путей. Зеленая область интерпретирует стабильность, заболевание находится под контролем и поддается лечению. Желтая область обозначает, что заболевание находится на стадии обострения. Это показатель, того что нужно скорректировать лечение, обратиться за медицинской помощью. Красная область требует незамедлительного медицинского вмешательства, такие показатели говорят о развитии обострения заболевания. Значения необходимо фиксировать в дневник [15, с.11].

Итак, лечение бронхиальной астмы, это не только купирование приступов препаратами, но и гипоаллергенная обстановка в быту, скорректированное питание с учетом гипоаллергенной диеты. А так же первая помощь и самопомощь является неотложным моментом в лечении заболевания.

1.5. Осложнения бронхиальной астмы у детей

Все осложнения бронхиальной астмы можно разделить на семь основных групп: острые дыхательные; хронические дыхательные; метаболические; сердечные; желудочно-кишечные; мозговые и другие осложнения. Острые дыхательные осложнения называют непосредственными осложнениями бронхиальной астмы в связи с особенностью своей тяжести и быстротой

нарастания симптомов. К ним относят: астматический статус - тяжелый, затяжной приступ удушья, который трудно купируется и требует специализированной медицинской помощи; острая дыхательная недостаточность - остро развивающийся патологический синдром, при котором в легкие поступает критически низкое количество кислорода. Данное состояние является жизнеугрожающим и без своевременной медицинской помощи может привести к летальному исходу; спонтанный пневмоторакс - проникновение воздуха в плевральную полость из окружающей среды вследствие разрыва капсулы легкого из-за резкого повышения давления в нем на пике приступа; коллапс легкого, возникает в результате полной закупорки бронха густыми, слизистыми пробками, образующимися при астме; пневмония - любое патологическое состояние в легких способствует присоединению вторичной инфекции, которая и вызывает воспаление легочной ткани с быстрым, тяжелым течением [6, с.39].

К сердечным осложнениям бронхиальной астмы относят: падение артериального давления в момент приступа, внезапную остановку сердца; срыв его ритма - аритмии. Считается, что все это возникает рефлекторно в ответ на повышение давления в грудной клетке. Редко, но астма может спровоцировать инфаркт миокарда. Отдаленными осложнениями у хронических астматиков может возникнуть: дистрофия миокарда; легочное сердце - увеличение его размеров, утолщение стенок, снижение объема выбрасываемой крови; резкое падение артериального давления сопровождается иногда обмороками, потерей сознания. Негативное влияние могут оказывать на сердечнососудистую систему и ингаляционные бета2-адреномиметики, используемые для лечения астмы. Желудочно-кишечные осложнения, как и сердечные, являются побочным действием лечения астмы [12, с.75]. Они возникают на фоне длительного приема ГКС (Глюкокортикоидные препараты), так широко применяемых для купирования приступа удушья. Чаще всего встречается пептическая язва желудка или двенадцатиперстной кишки. В запущенных ситуациях может произойти ее перфорация с последующим желудочно-кишечным

кровотечением и его собственными последствиями. Серьезные осложнения бронхиальной астмы - метаболические. К ним относят: снижение уровня калия в крови, что вызывает аритмии, нарушение свертываемости крови, ухудшает работу почек; метаболический ацидоз; закисление крови; гиперкапния или повышение концентрации углекислого газа. Все это нарушает согласованную работу организма, вызывает различные патологии в тех или иных органах. Наиболее тяжелым осложнением считается повреждение мозга или дыхательная энцефалопатия. Именно поэтому ее выделили в отдельный пункт осложнений бронхиальной астмы. Головной мозг крайне чувствителен к любым изменениям в крови, особенно к снижению в ней содержания кислорода, повышению уровня углекислого газа, что бывает при бронхиальной астме. В результате нарушаются мозговые функции, изменяется психика, чувствительность, восприятие окружающей среды при тяжелых, запущенных стадиях БА. К другим осложнениям бронхиальной астмы относят состояния, которые встречаются довольно редко и их причину можно объяснить не только астмой, однако значимость их для организма довольно существенна, к примеру, желудочно-пищеводный рефлюкс. Патология, при которой содержимое желудка, кислое в норме, попадает в пищевод и вызывает его ожог, так как среда пищевода в норме нейтральная. Причину рефлюкса можно объяснить следующим образом: при астме, когда нарастает мучительный сухой кашель, напрягается передняя брюшная стенка, это способствует росту внутрибрюшного давления. Если ребенок изначально предрасположен к изжогам, то приступ удушья легко может спровоцировать и желудочно-пищеводный рефлюкс. Повышение давления в брюшной полости аналогичным образом может привести к недержанию кала и мочи, опять же, если у данного пациента ослаблены соответствующие сфинктеры, прямой кишки и мочевого пузыря соответственно [20, с.154].

Основные осложнения при заболевании бронхиальной астмой относятся к дыхательной и сердечной системе такие как: дыхательная недостаточность, пневмоторакс, пневмония, хронический бронхит, сердечная недостаточность,

аритмия. Осложнения, относящиеся к другим системам органов, встречаются реже.

1.6. Профилактика бронхиальной астмы у детей

Профилактика бронхиальной астмы у детей относится к важным критериям процесса ее лечения. Различают 3 условных вида профилактических мероприятий, касающихся бронхиальной астмы, в частности: первичная профилактика, вторичная профилактика и третичная профилактика. Первичная профилактика бронхиальной астмы у детей грудного возраста заключается в предотвращении формирования аллергического ответа в виде сыпи, диатеза, зуда, слезотечения. В профилактических мерах медицинской сестре необходимо объяснить родителям, что нужно своевременно вводить разрешенные по возрасту прикормы, исключая высокоаллергенные продукты. С осторожностью следует добавлять: яйца, соки, сладости в рацион питания. Большую роль играет грудное вскармливание, особенно в первое полугодие, это обуславливает становление микрофлоры ребенка, укрепление иммунной защиты. Необходимо создать экологически чистую обстановку, при необходимости – сменить место работы или место жительства. Ответственно отнестись к поддержанию гипоаллергенной обстановки в доме – частая влажная уборка, минимум мягких предметов мебели или любых вещей, накапливающих пыль. Уделять внимание гигиене домашних животных. Использовать гипоаллергенные косметологические и бытовые средства. Укреплять иммунитет, проводить достаточно времени на свежем воздухе, применять закаливание и массаж [13, с.63]. Более взрослым детям рекомендуется: следить за гигиеной; поддерживать чистоту в квартире; избегать влияния табачного дыма; правильно питаться; уделять время полноценному сну, физической активности; ежедневно прогуливаться на свежем воздухе; закаливаться; ограничить употребление «нездоровой» пищи,

такие как: сухарики, чипсы, газированные напитки. В случае диагностирования «предастмы» у людей с отягощенной наследственностью, склонным к аллергиям необходимо проводить мероприятия по предотвращению дальнейшего развития патологии.

Вторичная профилактика бронхиальной прогрессирующей астмы у детей направлена на предотвращение появления выраженных симптомов астмы. Цель вторичной профилактики – не дать развиваться осложнениям и предотвратить развитие острых приступов удушья. Вторичная профилактика астмы требуется людям, с выявленной стадией предастмы, пациентам с начальной стадией заболевания, тем, кто в прошлом страдал от этого заболевания и лицам, чьи ближайшие родственники больны бронхиальной астмой [19, с.28]. К основным направлениям относится: своевременное обращение к педиатру, аллергологу, пульмонологу для диагностики и подбора лечения. В процессе диагностики заболевания медицинская сестра должна собрать аллергический анамнез семьи, выяснить рацион питания ребенка, уточнить наличие домашних животных. В следствии чего объяснить родителям необходимость ограничения контакта с животными и пылью. Особое внимание уделить весеннему периоду, избегать укусов насекомых. Ограничить влияния табачного дыма. Исключить из рациона питания высокоаллергенные продукты, продукты не натурального происхождения, содержащие красители и консерванты. Вовремя лечить все заболевания органов дыхания, обязательно выполнение дыхательной гимнастики, массажа, физических упражнений. Ежедневно гулять на свежем воздухе не менее часа и увеличить физическую активность.

Если же бронхиальная астма не была диагностирована первичной и вторичной стадией, рекомендуется третичная профилактика. Третичная профилактика представляет собой совокупность мероприятий, одновременно предупреждающих возникновение осложнений и лечение. Профилактика приступов бронхиальной астмы осуществляется с помощью медикаментов, дыхательных, физических упражнений. Она используется для уменьшения тяжести заболевания и профилактики приступов у детей. Основная мера этого

комплекса мероприятий – это не допустить взаимодействие пациента с аллергеном, то есть создать такие условия, в которых астматик не столкнется с тем, что вызывает у него приступ. Для этого большое значение имеет точное определение вида аллергена – на пыль, цветочную пыльцу, продукты питания, определенные лекарственные средства или что-то другое [16, с.58]. Медикаментозная профилактика включает использование лекарственных средств, контролирующей активность патологического процесса, предупреждая развитие приступа. К ним относятся клеточные стабилизаторы: тайлед, интал; десенсебилизирующие препараты: телфаст, кларитин; глюкокортикостероиды ингаляционные: бекотид, серетид; адреномиметики: серевент; ксантины: эуфиллин; комбинированные лекарства: беродуал, интал плюс; холинолитики: атровент.

В профилактических мерах существует школа — здоровья- это совокупность методов воздействия на пациентов и население, направленное на повышение уровня знаний о заболевании и практических навыков по профилактике заболевания, проводящееся в групповом и индивидуальном порядке. В нашей стране отмечается низкий уровень знаний о своем заболевании. Целью обучения в школах бронхиальной астмы является расширение знаний о заболевании бронхиальной астмой, о ее причинах, симптомах, обострениях, приступах, а так же оказание первой помощи при приступах. Медицинская сестра пациентам, посещающим школы здоровья, предлагает изучить факторы, способствующие формированию заболевания, и определяющий риск развития его осложнений; обучиться поведению, самооценки и самоконтролю в домашних условиях, научить вести дневник пациента, а так же применять средства доврачебной самопомощи при появлении симптомов. отсутствие навыков самоконтроля, не умение правильно пользоваться лекарствами серьезно препятствует успешному преодолению заболевания. В результате учащаются обострения заболевания, госпитализации и вызовы скорой помощи [14, с.101]. Школа здоровья при бронхиальной астме помогает пациентам достичь следующих целей: предупредить

прогрессирования заболевания; получить базовые знания о течении болезни и о приемах самопомощи; научиться определять уровень сложности заболевания без чьей-либо помощи; ознакомиться с начальными симптомами астматического удушья; изучить приемы быстрого купирования приступов астматического удушья; изучить способы профилактики обострений; получить общие сведения о том, как научиться контролировать приступы заболевания; ознакомиться с информацией о новейших способах терапии астмы; научиться применять всевозможные приспособления – врач продемонстрирует приемы использования ингалятора, небулайзера и спейсера; получить знания о том, как самостоятельно контролировать протекание заболевания; выработать повседневные привычки, которые сведут к минимуму риск возникновения обострений [17, с 84].

Следуя выше изложенному, можно сделать вывод, что профилактика бронхиальной астмы делится на три вида: первичная, вторичная и третичная. Первичная профилактика направлена на предупреждение развития бронхиальной астмы. Вторичная профилактика направлена на устранение выраженных факторов риска. Третичная профилактика направлена на реализацию облегчения заболевания пациента.

1.7. Диспансеризация при бронхиальной астме

Диспансеризация - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на своевременное предупреждение осложнений и оценки состояния пациента. Главной целью диспансерного наблюдения при бронхиальной астме является предотвращение развития недуга. Дети должны периодически проходить необходимые обследования, посещать участкового врача, который контролирует состояние пациента. Детский организм в силу не совершенно сформированной системы органов дыхания более уязвим к данному заболеванию. Но, несмотря на это, именно у детей раннего возраста

есть возможность «перерасти» заболевание. Это возможно, если контролировать состояние ребенка и не допускать патологических проявлений. По мере укрепления организма чувствительность дыхательных путей может снизиться, что приведет к выздоровлению. Диспансеризация проводится не только для детей, у которых поставлен диагноз астмы, но и входящих в группу повышенного риска. В группу риска входят дети, которые склонны к аллергическим проявлениям атопического характера с такими проявлениями как крапивница, дерматит, ринит, отеки. Диспансерное наблюдение за пациентами проводят врачи-педиатры и аллергологи в комплексе, что обеспечивает правильный подход к эффективному лечению. Также консультации могут давать отоларингологи, дерматологи и фтизиатры. Для того, чтобы точно видеть состояние здоровья и развитие болезни, пациент проходит каждый год комплексные обследования, которое позволяет назначать курс лечения. Обязательными обследованиями при диспансеризации являются: иммунологический анализ крови, биохимический анализ крови, исследование мокроты, спирография. Эти анализы, за исключением иммунологического анализа крови рекомендуется проводить 2 раза в год. Иммунологический анализ крови проводится 1 раз в год. Кроме этого, дети 2 раза в год планово посещают врача при легкой форме заболевания. В тяжелых случаях диспансерное наблюдение требует посещение больницы 4 раза в год. Диспансерное наблюдение является очень важным моментом в жизни детей, которые имеют указанную проблему дыхательной системы либо находятся в группе риска. Для того, чтобы уберечь склонного к болезни ребенка от ее развития, следует прилагать определенные усилия. Периодически отправлять ребенка в санаторные заведения, ведь чистый воздух благоприятно влияет на дыхательную систему и на весь организм в целом [18, с.169].

Итак, исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что основными моментами диспансеризации является: достижение определенных критериев физикального, лабораторного и инструментального обследования; регулярная коррекция факторов риска развития бронхиальной астмы; предотвращение

обострений, снижение числа госпитализаций; максимальное улучшение качества жизни пациента с заболеванием бронхиальной астмы. Медицинской сестре необходимо объяснить значимость посещения ребенком врачей-специалистов: педиатр при тяжелой форме заболевания 1 раз в 1-2 месяца, при легкой и среднетяжелой форме 1 раз в 3 месяца. При длительном межприступном периоде 2 раза в год. Посещения оториноларинголога 2 раза в год, посещение аллерголога 1 раз в 3 месяца. Общий анализ кала, общий анализ мочи, копрограмма 2 раза в год. Биохимические обследования по показаниям. Электрокардиограмма и спирография 1 раз в год.

Анализируя теоретический материал по вопросу бронхиальной астмы у детей можно сделать вывод, что бронхиальная астма хроническое заболевание, характеризующееся аллергическим воспалением и повышенной чувствительностью бронхов к возбудителям. Проявляется повторяющимися эпизодами удушья, кашлем и одышкой. В бронхиальной астме выделяют три периода течения заболевания: период предвестников, период разгара и период обратного развития. Диагностировать данное заболевание можно с помощью: физикального обследования, спирометрии и кожных проб. Лечение бронхиальной астмы подразумевает гипоаллергенную обстановку, гипоаллергенную диету и медикаментозную терапию. В случае неадекватного лечения, могут возникнуть осложнения. Осложнения бронхиальной астмы в основном относятся к дыхательной и сердечной системе. Среди сердечных осложнений чаще всего выделяют: аритмию, коллапс во время приступа, а среди дыхательных: пневмония, астматический статус и дыхательная недостаточность. Неотъемлемой частью в заболевании бронхиальной астмы является профилактика, которая помогает предотвратить или облегчить течение заболевания. Профилактика бронхиальной астмы делится на три вида: первичная, вторичная и третичная. Первичная профилактика направлена на предупреждение развития бронхиальной астмы. Вторичная профилактика направлена на устранение выраженных факторов риска. Третичная профилактика направлена на реализацию облегчения заболевания пациента. Не

меньше нужна и диспансеризация, благодаря диспансеризации, в ходе систематического посещения врачей – специалистов, снижается число госпитализаций.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская областная клиническая больница» г. Белгорода - крупный медицинский центр, оказывающий специализированную и высокотехнологичную помощь детям Белгородской области. Больница рассчитана на 593 койки и имеет в своем составе 19 клинических, 11 вспомогательных отделений, консультативно-диагностический центр на 500 посещений в смену. Оснащена больница современным диагностическим и лечебным оборудованием. Здесь оказывают помощь специалисты высокой квалификации практически во всех областях педиатрии.

Имеются детские отделения

- онкогематологическое отделение,
- педиатрическое отделение № 1 старшего возраста,
- оториноларингологическое отделение,
- неврологическое отделение.
- приемное отделение № 3,
- пульмонологическое отделение,
- кардиоревматологическое отделение,
- педиатрическое отделение № 3 для детей раннего возраста,
- инфекционное отделение,
- психоневрологическое отделение для детей раннего возраста,
- отделение восстановительного лечения.

Поликлиническую помощь можно получить в:

- детская поликлиника №1
- детская поликлиника №3
- детская поликлиника №4

В случае необходимости в неотложной помощи нужно обратиться в приемное отделение больницы ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ ДОКБ педиатрического отделения № 2. Обеспечивают круглосуточную работу отделения 17 медицинских сестёр. Отделение обеспечено необходимым современным медицинским оборудованием и аппаратурой. На базе отделения функционирует физиотерапевтический кабинет. Для лечения бронхолегочных заболеваний, купирования приступов бронхиальной астмы, бронхо-обструкций используется небулайзерная терапия, гипоаллергенная диета. Для детей младшего возраста подбирается питание с использованием современных адаптированных смесей. Отделение рассчитано на 33 койки. Палаты двухместные, оснащены санузлом. Педиатрическое отделение включает: процедурный кабинет, пост медицинской сестры, сестринская, ординаторская, кабинет старшей сестры, кабинет заведующего отделением, столовая, санузел для персонала.

2.2. Распространенность бронхиальной астмы у детей

Бронхиальная астма – это проблема мирового масштаба. Во всем мире, в том числе и в России, из года в год отмечается тенденция роста заболеваемости.

Для понимания значимости проблемы проведен анализ статистических данных распространенности бронхиальной астмы у детей по данным медицинского информационно-аналитического центра с 2014 по 2017 г. (Таблица 1).

Заболеваемость детей бронхиальной астмой по Российской Федерации за
2014-2017г.

	Общая заболеваемость	В т.ч. с диагнозом, установленным впервые
2014-2015	1072554	67379
2015-2016	1114035	77935
2016-2017	1163314	85604

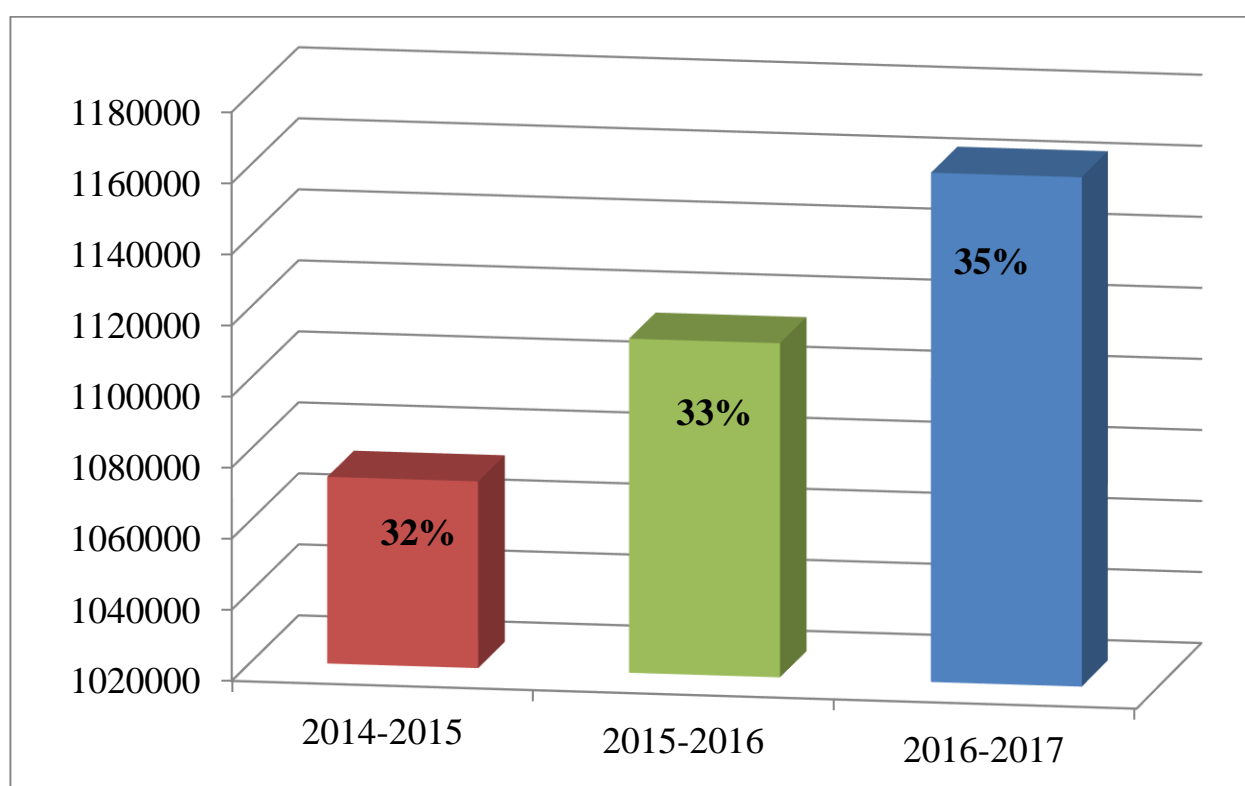


Рис.1. Заболеваемость детей бронхиальной астмой по Российской Федерации за 2014-2017г. по данным медицинского информационно-аналитического центра

По данным гистограммы понятно, что заболеваемость бронхиальной астмой в Российской Федерации ежегодно увеличивается в среднем на 2-3 %.

Так же был проведен анализ по заболеваемости бронхиальной астмой в период с 2014 по 2017 год по Белгородской области. Полученные данные с медицинского информационно-аналитического центра представлены в таблице (Таблица 2).

Заболеваемость детей бронхиальной астмой по Белгородской области за
2014-2017г.

Общая заболеваемость		В т.ч. с диагнозом установленным впервые
2014	12636	873
2015	13776	1488
2016	13873	931
2017	13753	1138

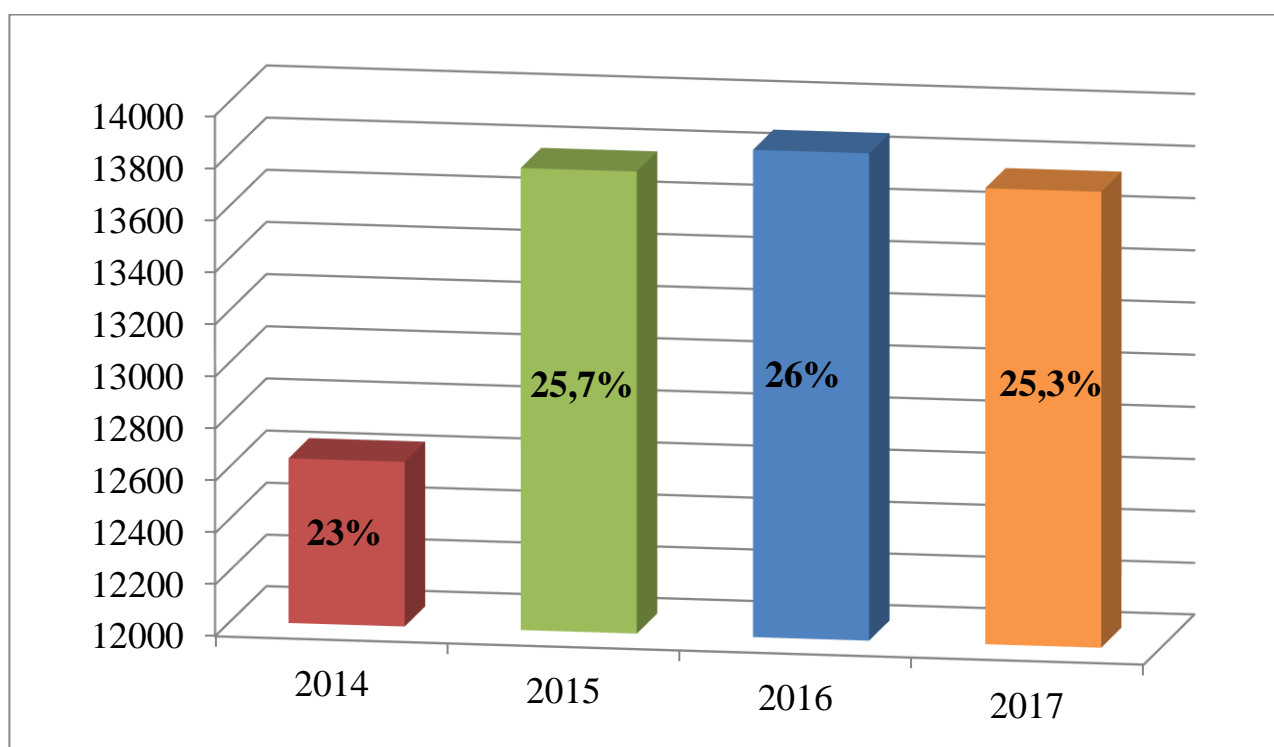


Рис.2. Заболеваемость детей бронхиальной астмой по Белгородской области за 2014-2017г. по данным медицинского информационно-аналитического центра

Гистограмма показывает, что заболеваемость бронхиальной астмой у детей по Белгородской области в исследуемый период не увеличивается, но остается на высоких показателях.

Анализируя распространенность бронхиальной астмы относительно других часто встречаемых заболеваний, получены следующие результаты (Рис.3).

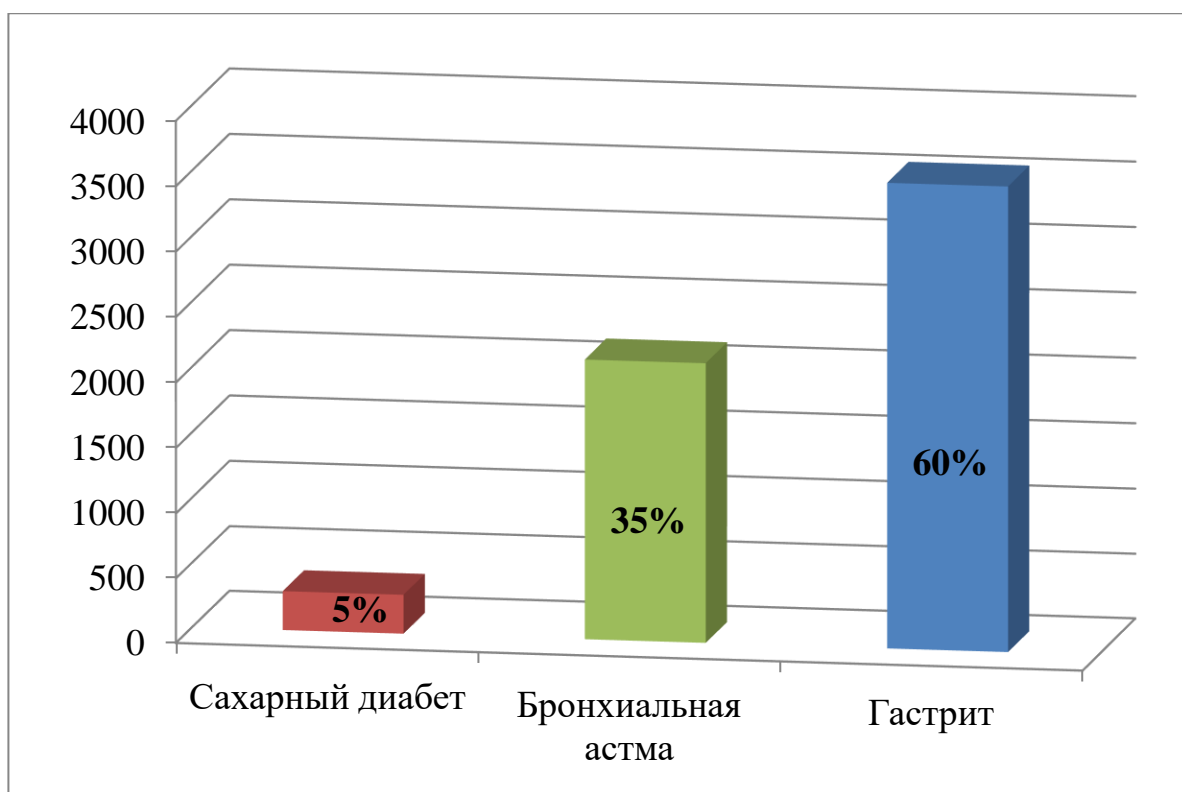


Рис.3. Распространенность некоторых часто встречаемых заболеваний на примере ОГБУЗ « Детская областная клиническая больница»

Из данных диаграммы видно, что бронхиальная астма довольно распространенное заболевание и занимает второе место после гастритов.

Проанализировав статистические данные можно сделать вывод, что заболеваемость бронхиальной астмой по Российской Федерации в исследуемый период в среднем составляет 33%, что выше на 8%, чем по Белгородской области. Несмотря на то, что средний показатель заболеваемости по Белгородской области ниже, чем по стране, все же это достаточно высокий показатель заболеваемости. Кроме того, сравнивая заболеваемость бронхиальной астмы по сравнению с некоторыми часто встречаемыми нозологическими формами, приходим к выводу, что бронхиальная астма достаточно распространенное заболевание, что подтверждает данные литературных источников.

2.3. Исследование «Оценка уровня информированности родителей, по вопросам профилактики бронхиальной астмы»

Одной из целей работы являлась исследование по выявлению уровня информированности по данной проблеме, родителей имеющих детей с бронхиальной астмой. Затем, по данным исследования составить программу рекомендаций медицинским сестрам по профилактике бронхиальной астмы. Для проведения исследования была составлена анкета для родителей (Приложение 2), которая заполнялась методом опроса. Она составлена таким образом, чтобы всесторонне выявить информированность родителей по вопросам профилактики бронхиальной астмы. В анкетировании приняли участие 30 респондентов. Это дети и родители детей, получающих медицинскую помощь в областной детской больнице. По результатам анкетирования проведена экспертная оценка и сделаны выводы.

В ходе исследования по ответам респондентов получены результаты: 6 (20%) респондентов в возрасте 4 лет, 12 (40%) - 5 лет, 6 (20%) - от 6-7 лет и 6 (20%) - 8-9 лет (Рис.4).

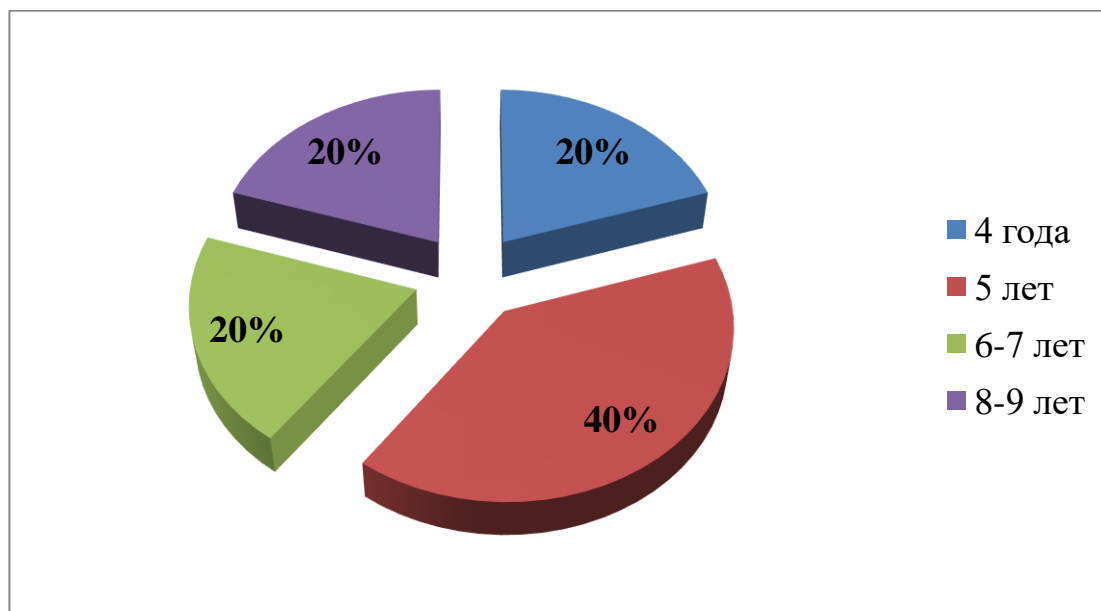


Рис.3. Распределение респондентов по возрастной категории

По данным диаграммы видно, что больше респондентов находятся в возрасте 5 лет. Остальная часть - разделяется на равные количества.

Выявляя контингент респондентов, определено, что 18 (60%) – это мальчики, 12 (40%) – девочки (Рис.5).

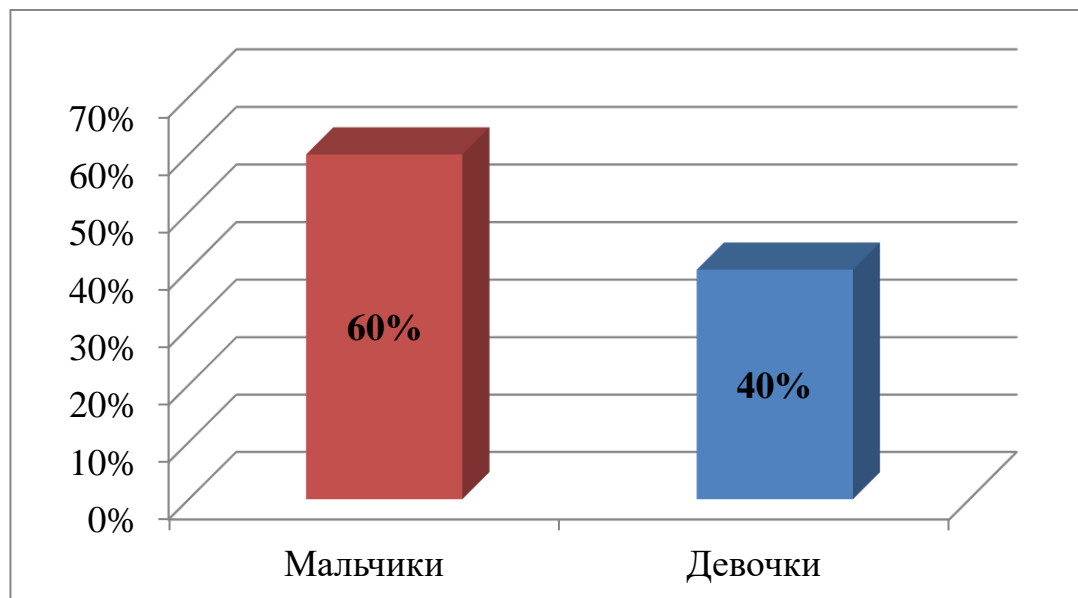


Рис.4. Распределение респондентов по полу

Из данных гистограммы понятно, что в исследуемом контингенте мальчиков на 20% больше, чем девочек.

По результатам анкетирования определено образование респондентов: среднее профессиональное имеют 15 (50%) человек, высшее - 12 (40%), общее среднее образование - 3 (10%) (Рис.6).

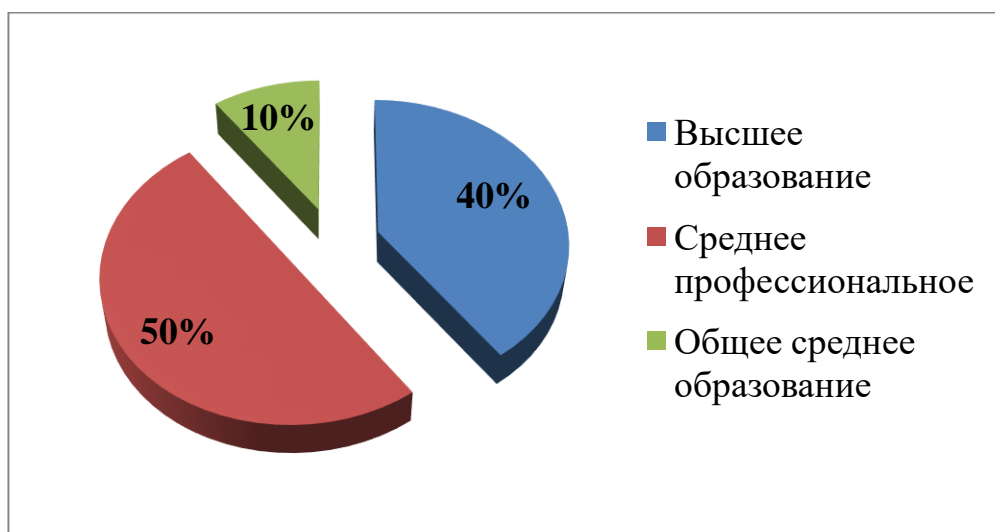


Рис.5. Распределение респондентов по уровню образования

Из данных диаграммы видно, что половина респондентов имеет среднее профессиональное образование.

21 (70%) респондентов являются жителями города, 9 (30%) – проживает в сельской местности (Рис.7).

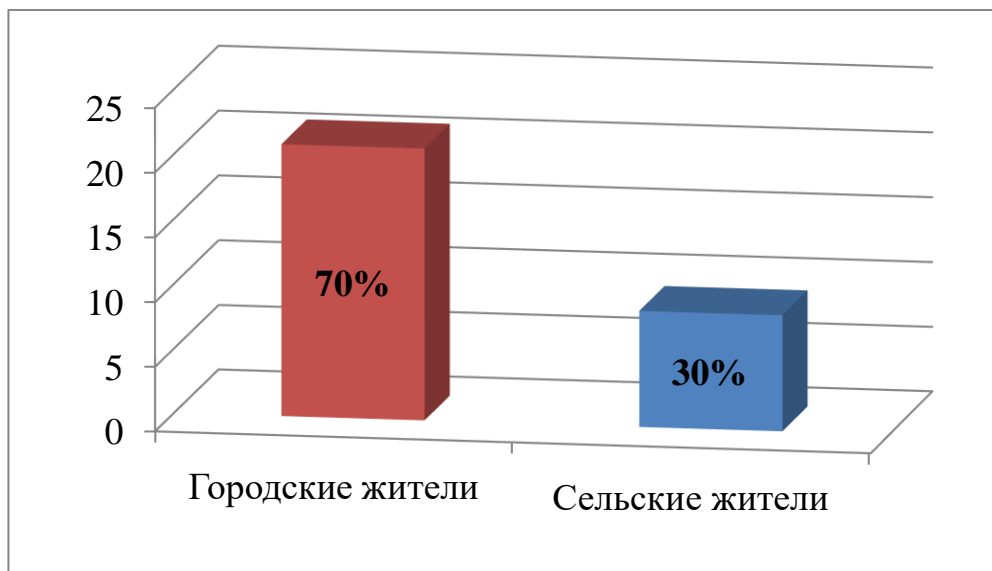


Рис.6. Распределение респондентов в зависимости от места жительства

По данным гистограммы видно, что городские жители составляют большую часть исследуемой группы.

6 (20%) респондентов живут в неполных семьях, 24 (80%) – в полноценных семьях (Рис.8).



Рис.7. Распределение респондентов по составу семей

Из данных диаграммы понятно, что больше половины респондентов проживет в полных семьях.

Определяя факторы риска заболевания, выявлено, что 12 (40%) респондентов считают основным фактором в развитии заболевания пищевые аллергены; 9 (30%) - думают, что фактором риска стали частые респираторные заболевания; 6 (20%) – загрязнение воздуха; 3 (10 %) - считают эмоциональное перенапряжение (Рис.9).

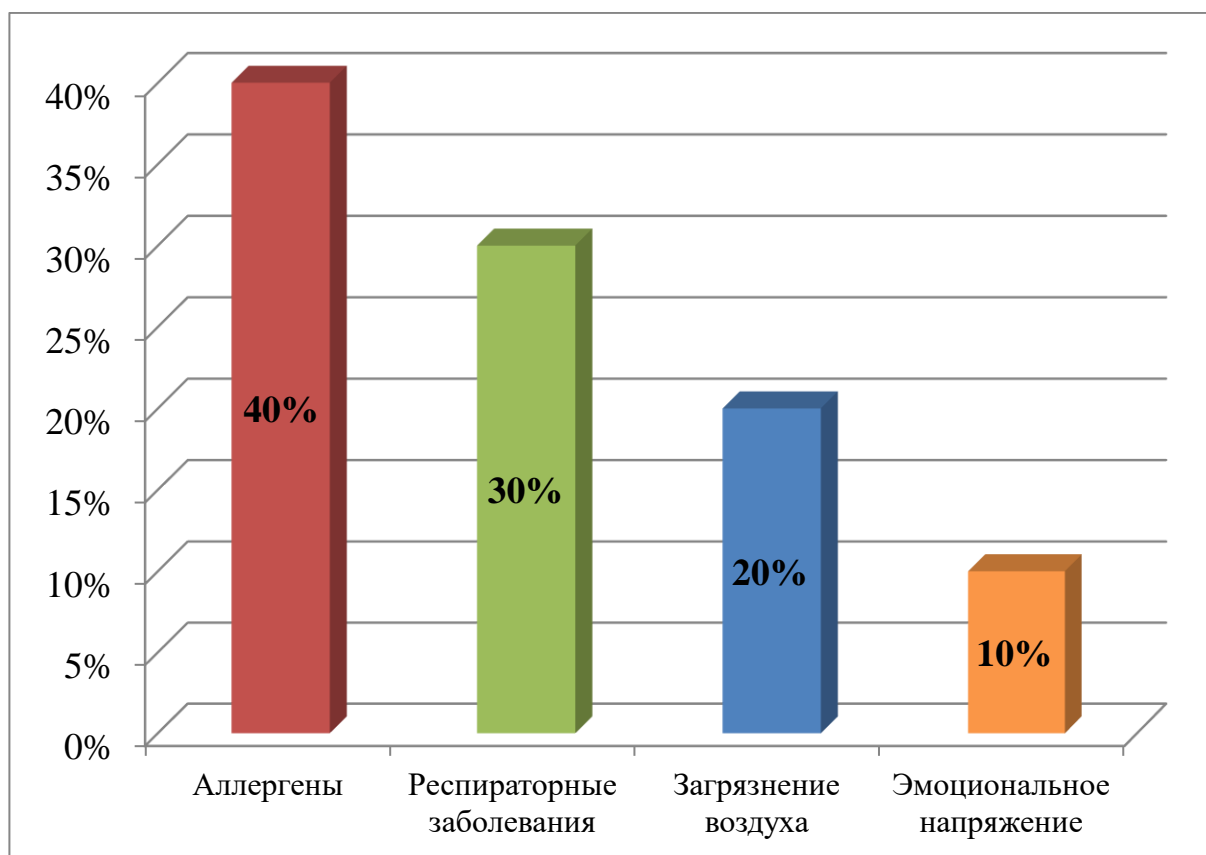


Рис.8. Распределение факторов риска заболевания

Данные гистограммы говорят о том, что основными причинами заболевания, по мнению респондентов, является воздействие на организм аллергенов и частые респираторные заболевания.

Признаками предвестников приступа удушья среди респондентов стали: чихание у 15 детей (50%), водянистые выделения у 12 детей (40%),

затрудненное дыхание у 3 детей (10%). Данные показаны в диаграмме ниже (Рис.10).

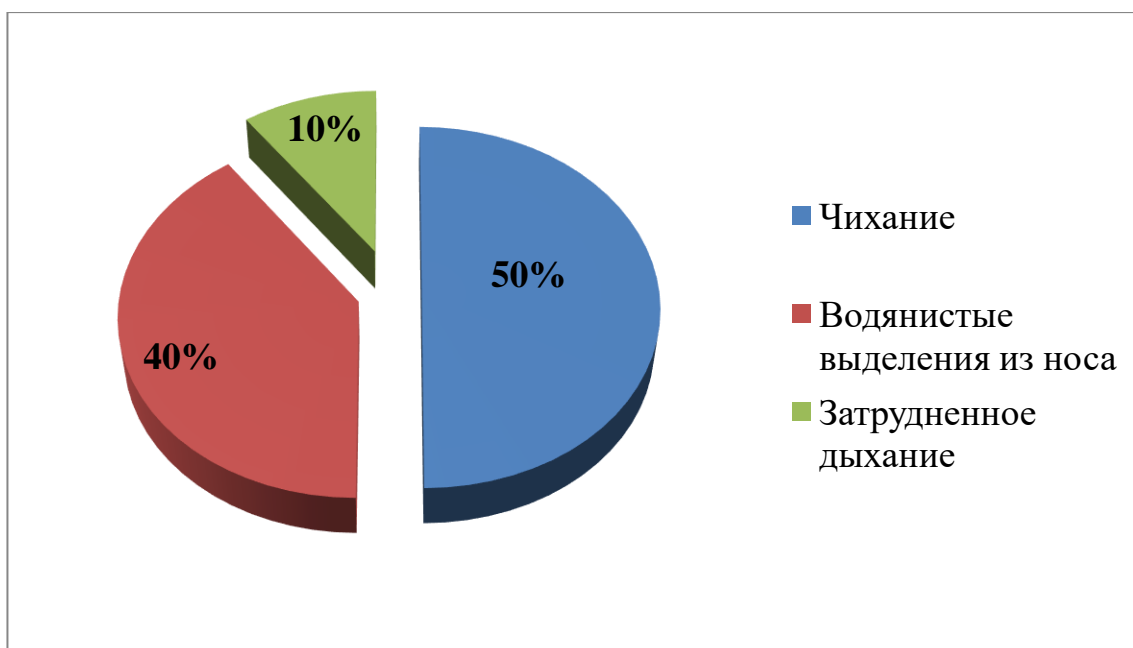


Рис.9. Распределение респондентов по предвестникам приступа

Из данных диаграммы видно, что в основном предвестниками приступа выступает чихание.

По результатам анкетирования удалось выявить частоту приступов удушья респондентов: 18 респондент (60%) 1 раз в месяц, 3 (10%) респондента 1 раз в 2 месяца, 3 респондента (10%) 1 раз в 6 месяцев, более 3 раз в день 3 респондента (10%) и один раз в сутки 3 респондента (10%) (Рис.11).

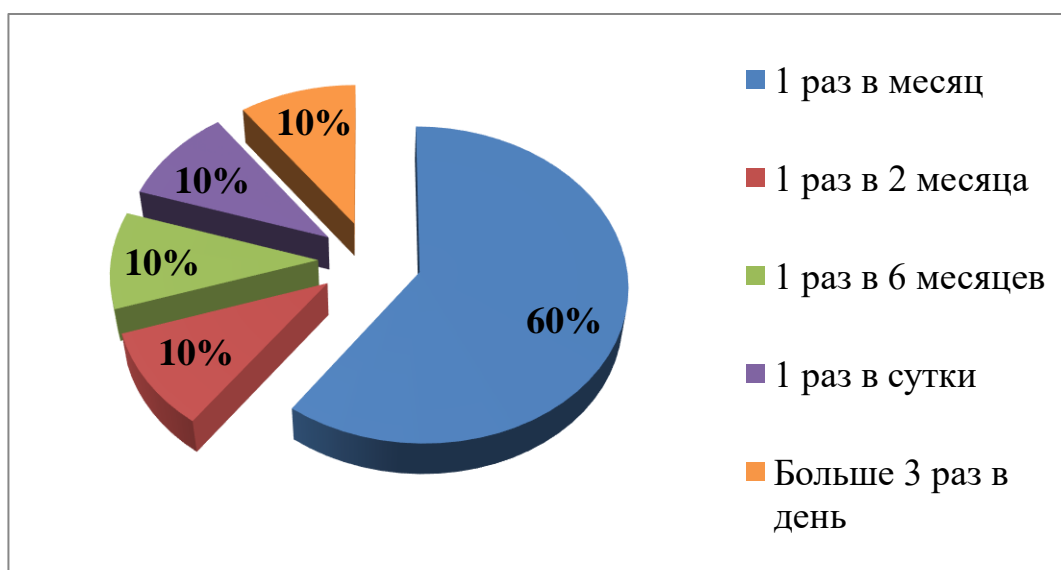


Рис.10. Распределение респондентов по частоте приступов удушья

Исходя из данных диаграммы у 60% респондентов частота приступов 1 раз в месяц, что говорит о том, что болезнь имеет легкую степень тяжести.

В ходе исследования выяснено, что 12 (40%) респондентов знают какие продукты питания вызывают обострение заболевания, 9 респондентов (30%) ответили, что не знают какие продукты вызывают обострение заболевания и 9 респондентов (40%) ответили, что не задумывались об этом (Рис.12).

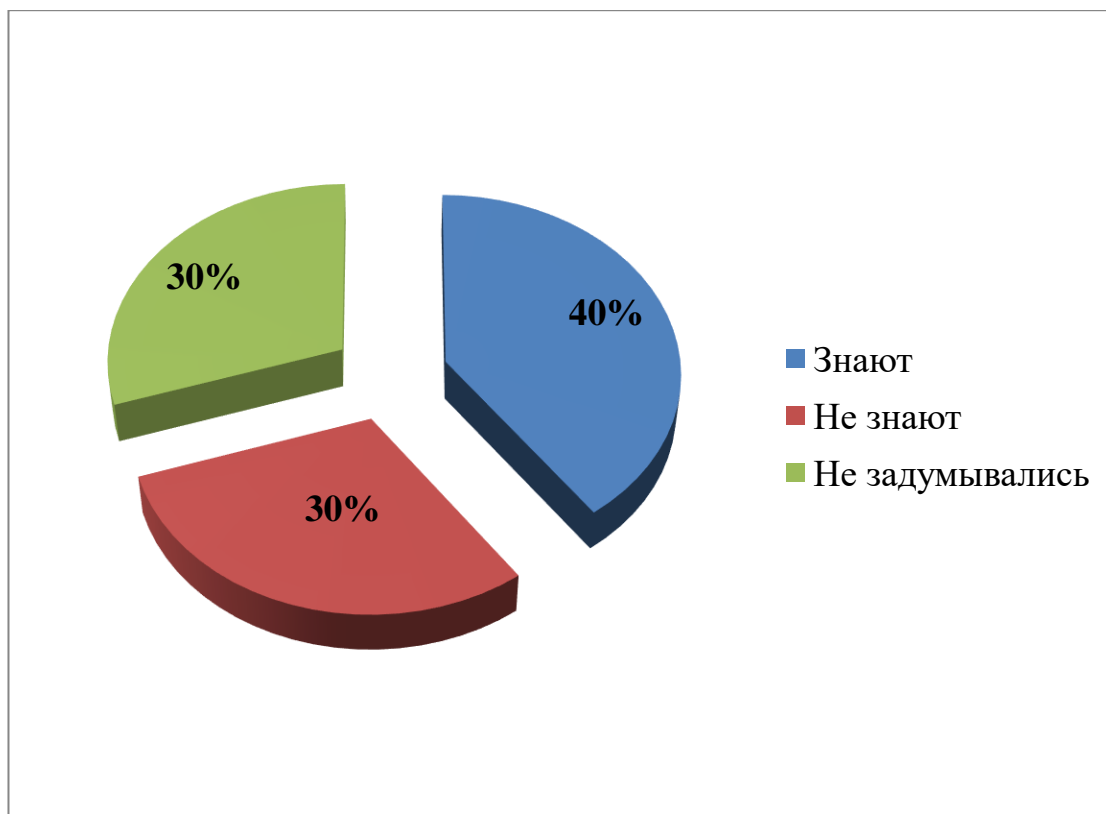


Рис.11. Осведомленность респондентов о пищевых облигатных аллергенах

Из данных диаграммы видно, что 30% респондентов не знают, какие продукты питания вызывают обострение заболевания и 30 % респондентов даже не задумывались по этому поводу.

На вопрос была ли проведена профилактическая беседа на тему "Диета и гипоаллергенная обстановка в быту" медицинской сестрой 27 (90%) респондентов ответили да и только 3 (10%) респондента ответили нет (Рис.13).

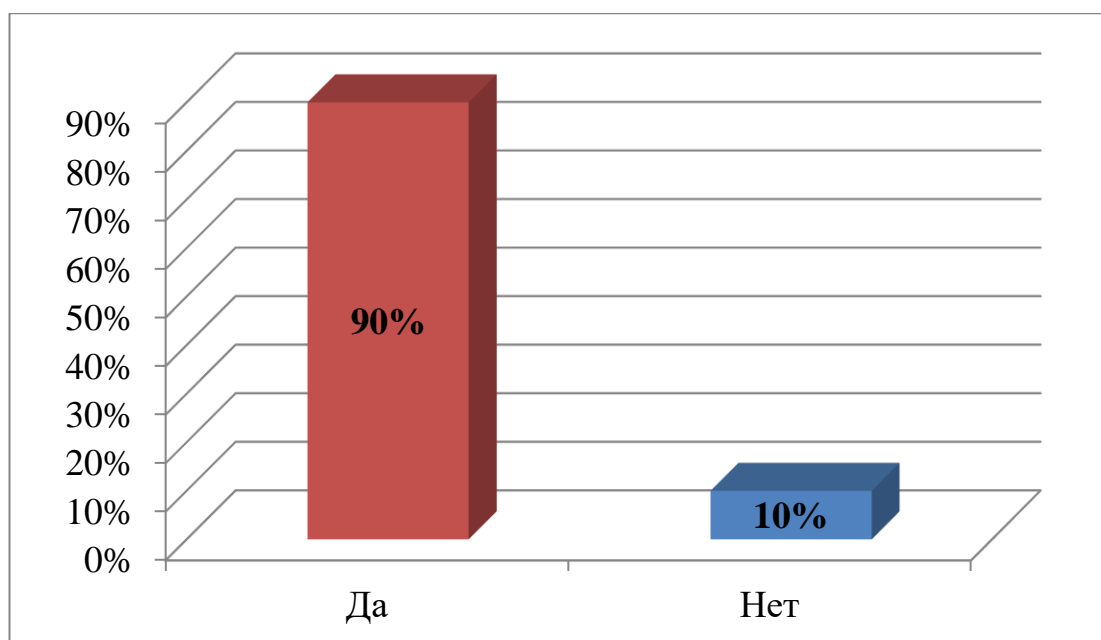


Рис.12. Распределение респондентов по информированности о гипоаллергенной диете и обстановке

По данным гистограммы понятно, что информированы о создании гипоаллергенной обстановке и диеты большинство респондентов.

Промывание носа после прогулки, как мера профилактики используется регулярно лишь в 9 (30%) случаев и в 6 (20%) используют меру профилактики не систематически. Остальные 50% респондентов промывают нос (Рис.14).

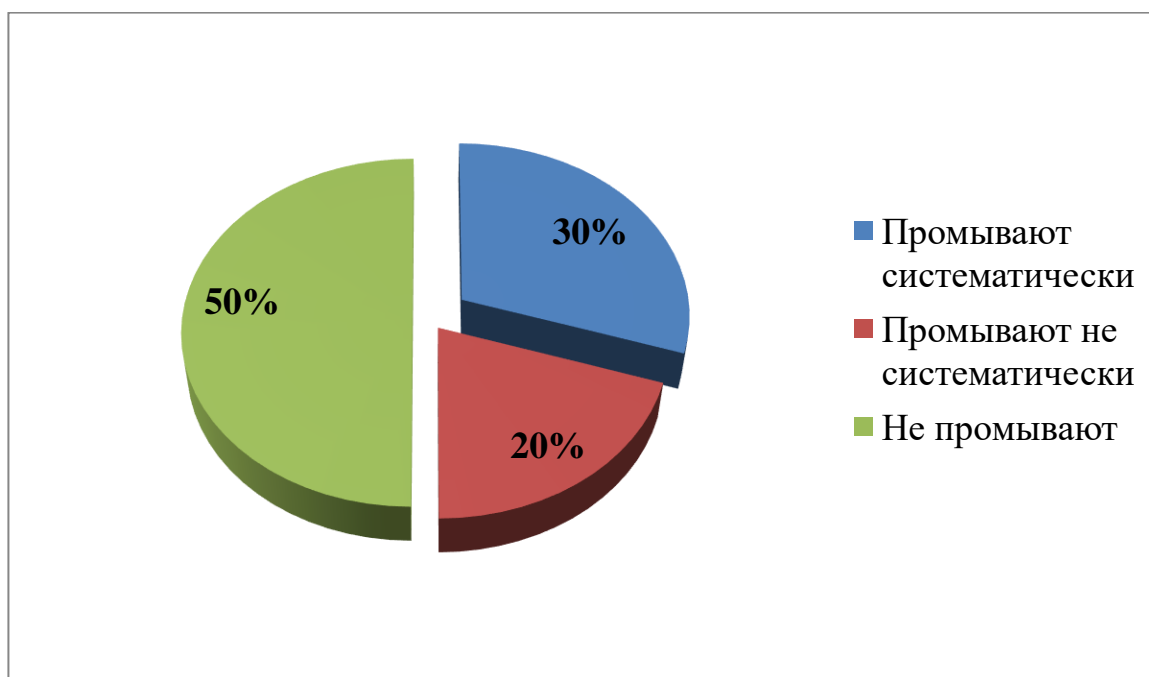


Рис.13 Распределение респондентов по промыванию носа после прогулок

Из данных диаграммы видно, что промывают нос после прогулки лишь половина респондентов, из которых еще половины делает это нерегулярно.

На вопрос переодевают ли одежду вернувшись с улицы 21 (70%) респондентов ответили да, 9 (30%) – ответили, что не переодеваются (Рис.15).

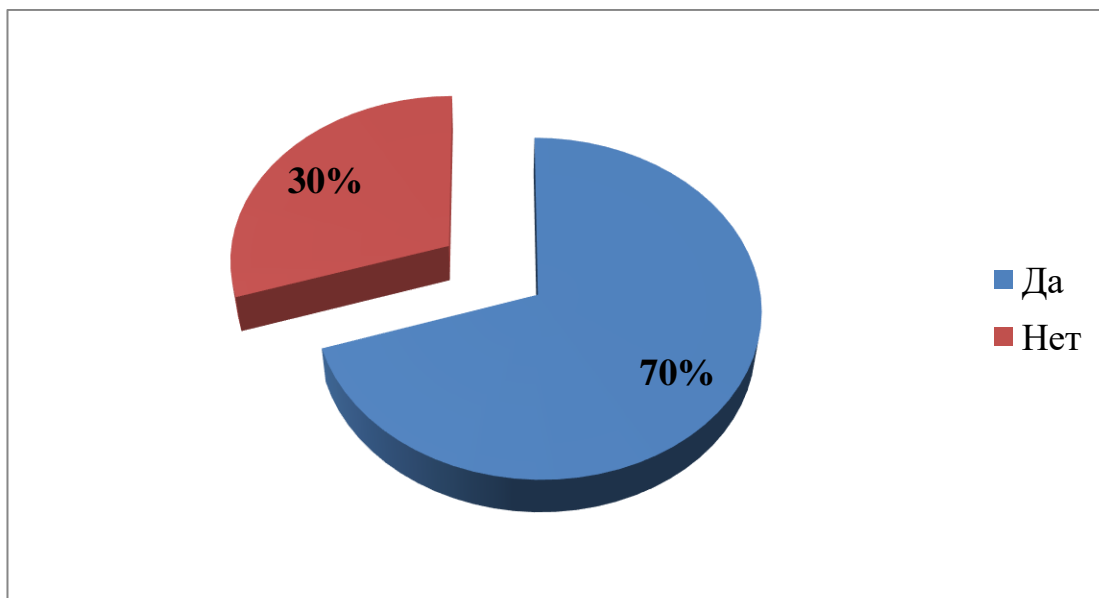


Рис. 14. Распределение респондентов по смене одежды после прогулки

По данным диаграммы, мы видим, что сменяют одежду, вернувшись домой после прогулки, большая часть опрошенных респондентов (70%).

По результатам анкетирования становится понятным, что гипоаллергенной диеты не придерживаются 12 (40%) респондентов, 15 (50%) соблюдают гипоаллергенную диету и 3 (10%) не знают о такой (Рис.16).

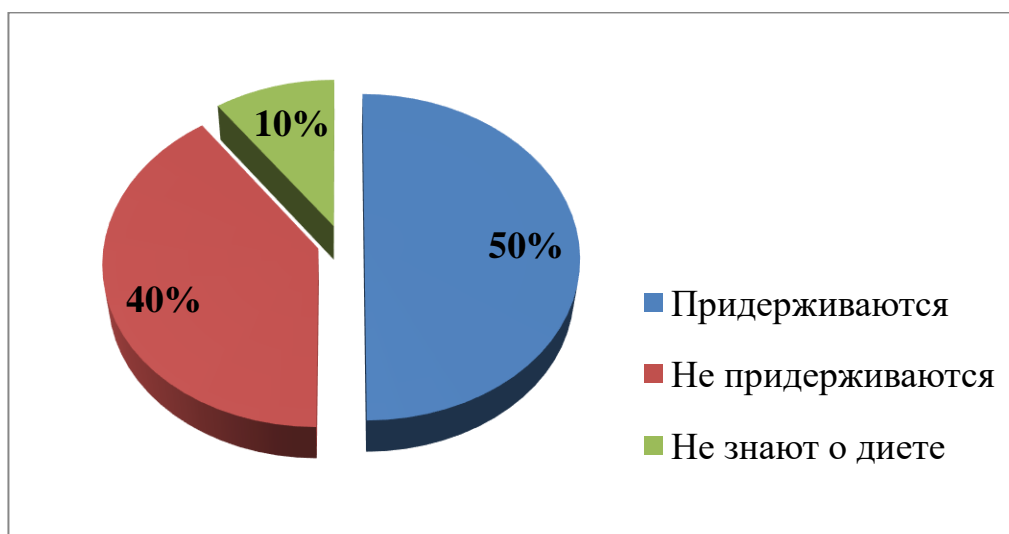


Рис. 16. Распределение респондентов по поддержанию гипоаллергенной диеты

Из данных диаграммы видно, что только 50% из опрошенных респондентов придерживается гипоаллергенной диеты.

На вопрос используют ли респонденты гипоаллергенные постельные принадлежности 9 (30%) ответили что используют, 18 (60%) - не используют и 3 (10%) не знают об этом (Рис.17).

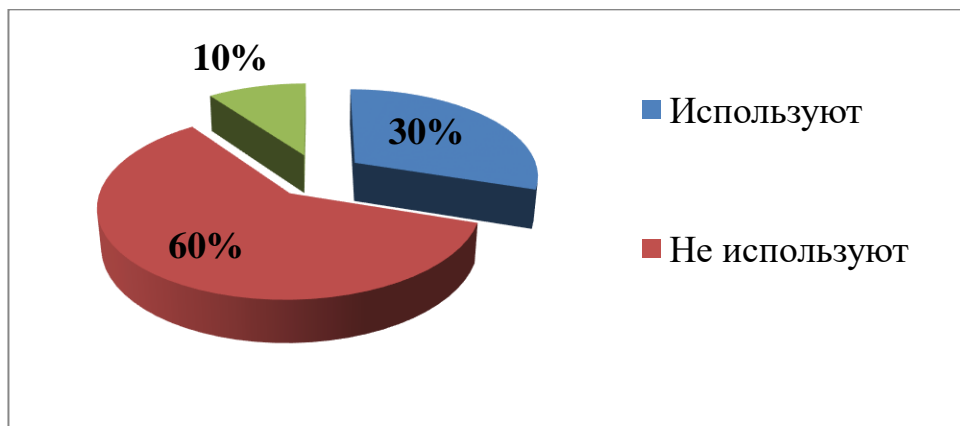


Рис.17. Применение респондентами гипоаллергенных постельных принадлежностей

По данным диаграммы видно, что только 30% респондентов применяют гипоаллергенные постельные принадлежности.

12 респондентов, что составляет 40%, используют одежду и постельные принадлежности из натуральных тканей, 18 (60%) не придают этому значения (Рис.18).

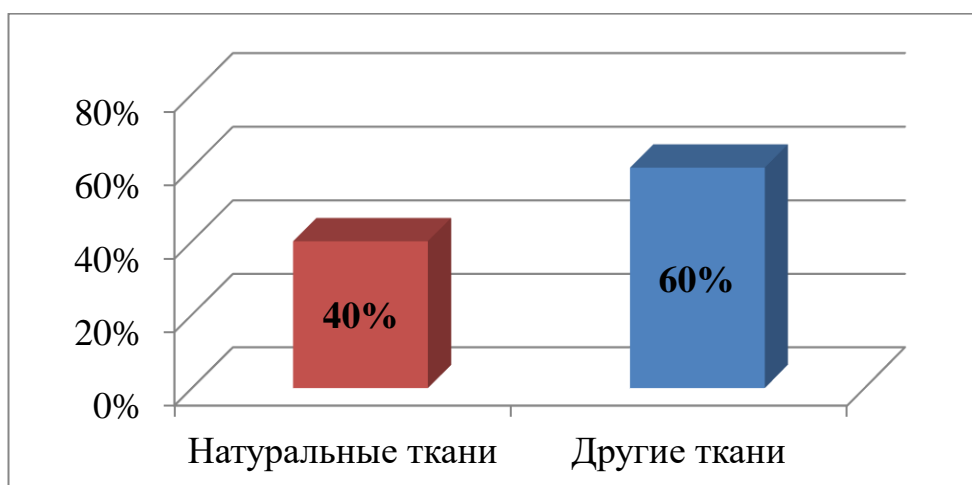


Рис.18. Распределение респондентов по использованию натуральных тканей в одежде и постельном белье

Из данных гистограммы видно, что более половины респондентов (60%) не придают значения использованию натуральных тканей.

Только 12 респондентов, что составляет 40% - используют гипоаллергенную бытовую химию, 15 (50%) - не используют; 3 (10%) не знают о её существовании (Рис.19).

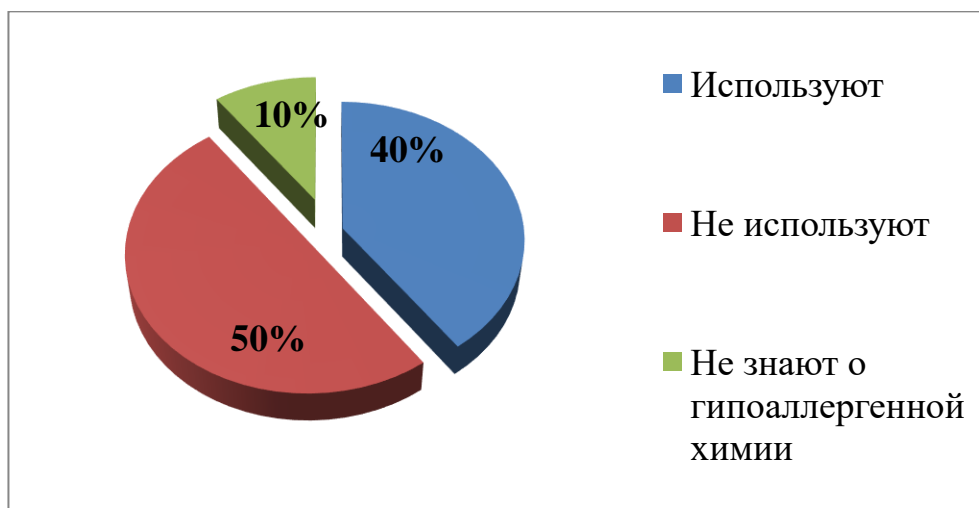


Рис.19. Распределение респондентов по использованию гипоаллергенной бытовой химии

По данным диаграммы понятно, что только 40% респондентов используют гипоаллергенную бытовую химию.

Очиститель воздуха используется 9 респондентами (30%), 18 (60%) не используют очиститель воздуха и 3 (10%) не знают о его существовании (Рис.20).

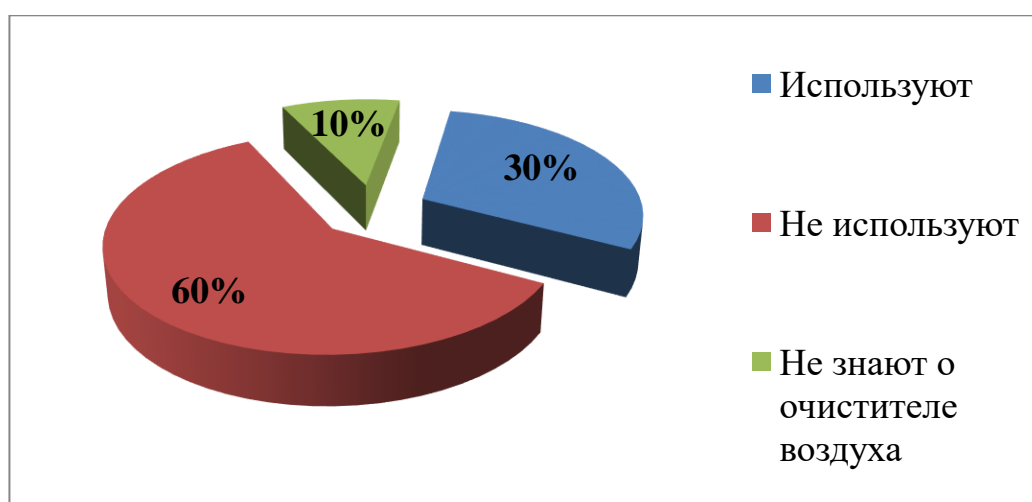


Рис.20. Распределение респондентов по применению очистителя воздуха

По диаграмме видим, что комнатный очиститель воздуха, как мера профилактики БА, применяется лишь (30%) опрошенных.

12 (40%) респондентов ежедневно проводят влажную уборку в доме, 60% проводят влажную уборку 1 раз в неделю и 1 раз в 2 недели (Рис.21).

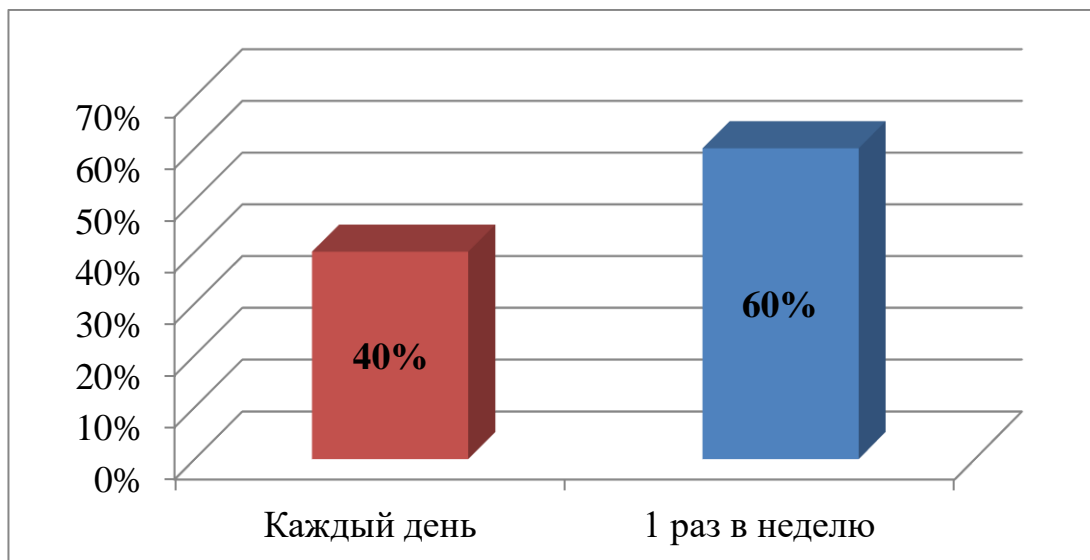


Рис.21. Распределение респондентов по частоте проведению влажной уборки в доме

По данным гистограммы можно увидеть, что только 40% респондентов регулярно проводят влажную уборку в доме.

Гипоаллергенную обстановку быта создают 6 (20%) респондентов, 80% выполняют частично гипоаллергенную обстановку (Рис.22).

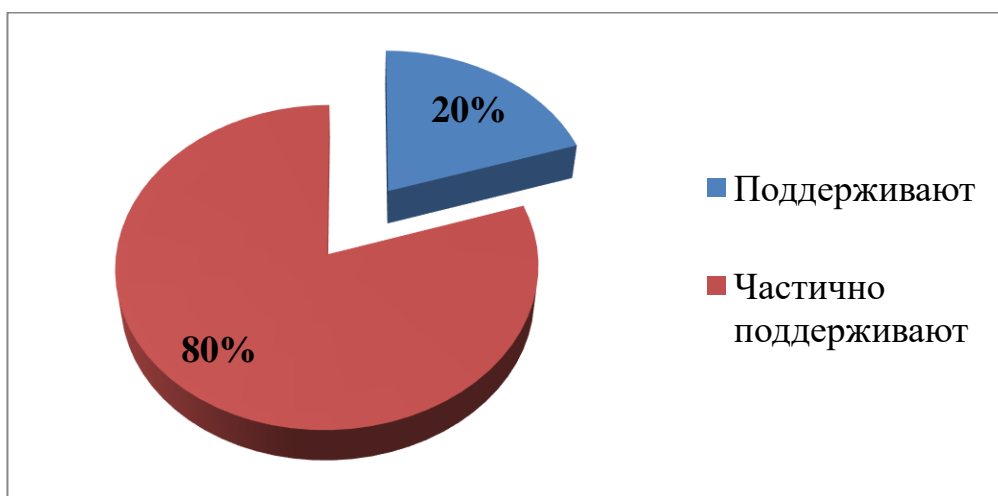


Рис.22. Распределение респондентов по поддержанию гипоаллергенной обстановки

По данным диаграммы видно, что бытовую гипоаллергенную обстановку поддерживает лишь небольшая часть респондентов (20%).

На вопрос умеете ли Вы применять средства доврачебной самопомощи при появлении симптомов 27 (90%) респондентов ответили, что умеют, 3 (10%) - ответили, что не смогут этого сделать (Рис.23).

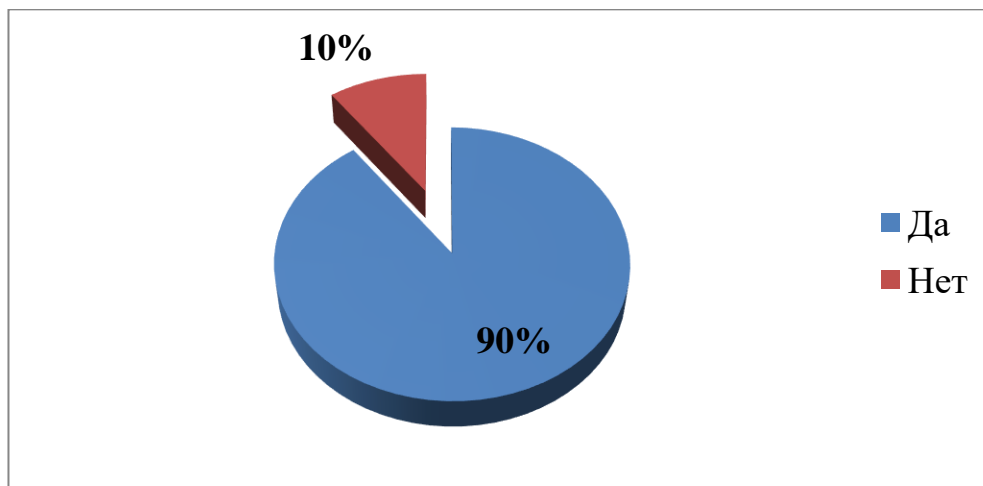


Рис.23. Распределение респондентов по навыкам применения средств доврачебной самопомощи

По данным диаграммы видно, что средства доврачебной самопомощи умеют применять почти все респонденты (90%).

На вопрос, сможете ли Вы оказать неотложную помощь при приступе БА 27 (90%) респондентов ответили, что смогут, 3 (10%) - ответили, что не смогут этого сделать. (Рис.24).

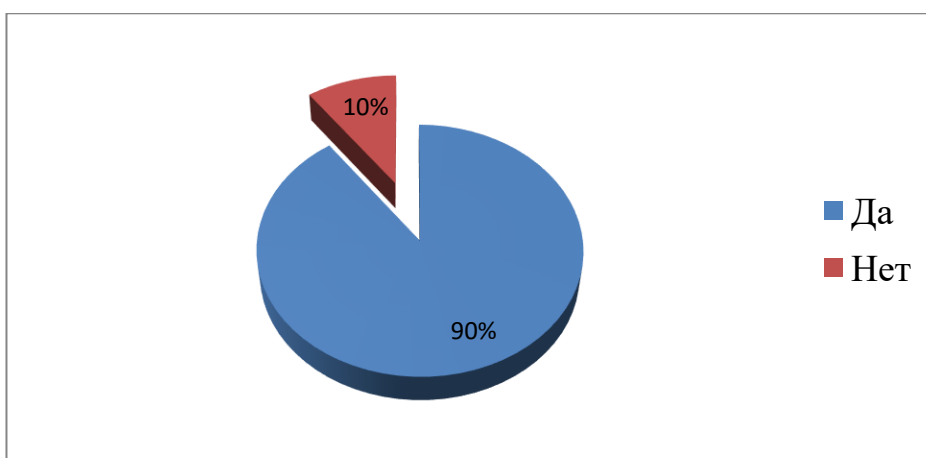


Рис.24. Распределение респондентов по умению оказывать неотложную помощь

Резюмируя данные диаграммы, понятно, что почти все респонденты умеют оказать неотложную помощь во время приступа БА.

Проводят пикфлоуметрию 2 раза в день 3 (10%) респондентов, 6 (20%) - проводят 1 раз в день, 12 (40%) – выполняют это периодически, 9 (30%) – пользуются пикфлоуметром только во время приступа (Рис.25).

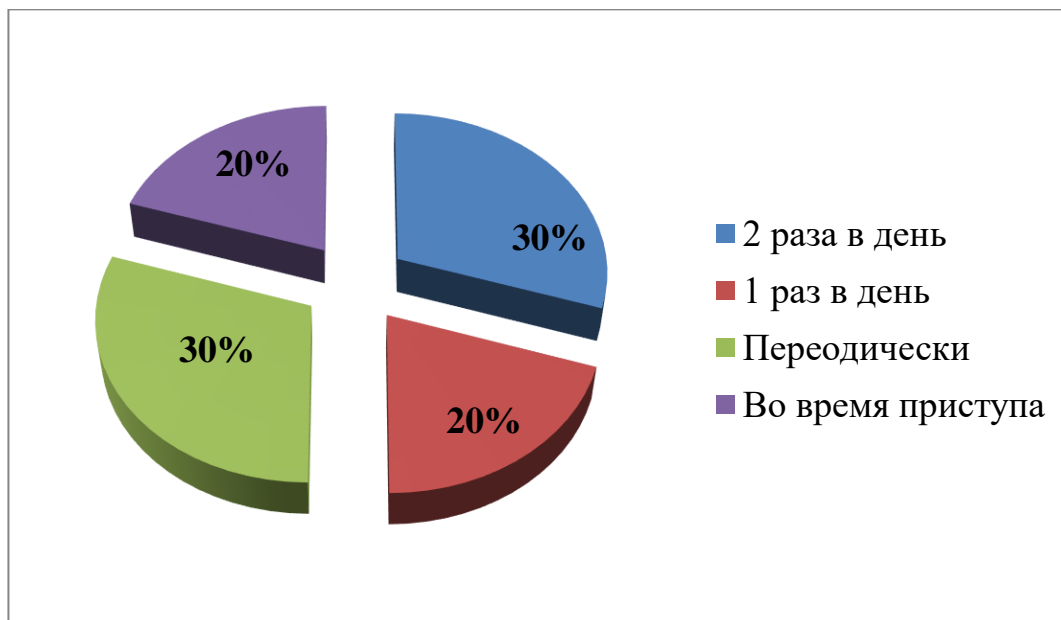


Рис.25. Распределение респондентов по частоте проведения пикфлоуметрии

Из данных диаграммы видно, что пикфлоуметрию проводят 2 раза в день лишь 30% опрошенных респондентов.

21 (70%) респондент регулярно занимается дыхательной гимнастикой, 12 (40%) выполняют гимнастику эпизодически (Рис.26).

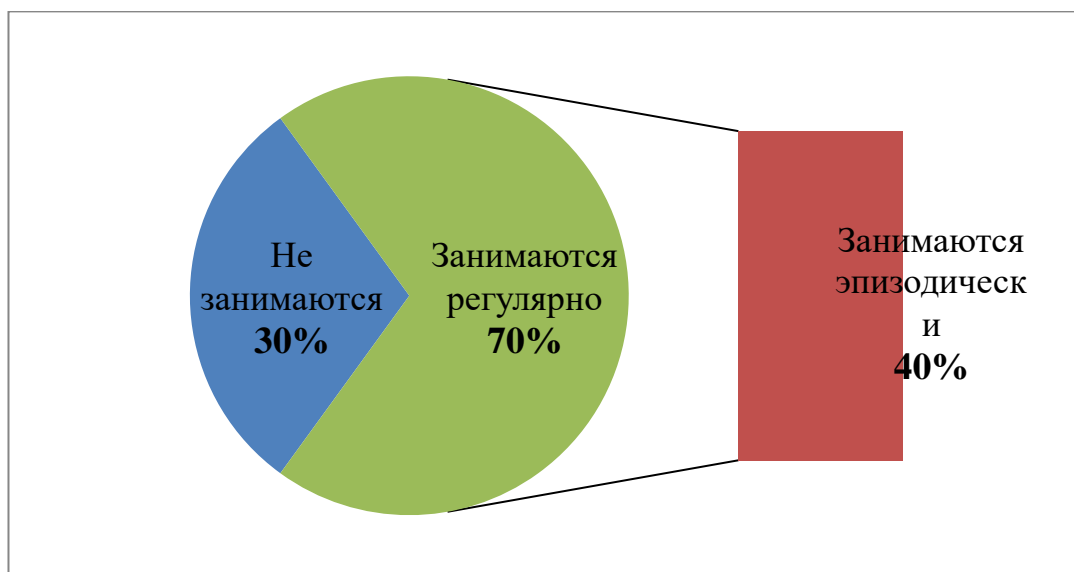


Рис.26. Распределение респондентов по занятию дыхательной гимнастикой

По данным диаграммы видно, что большая часть респондентов (70%) занимаются дыхательной гимнастикой.

6 (20 %) респондентов курят сами, 24 (80%) – являются пассивными курильщиками (Рис.27).

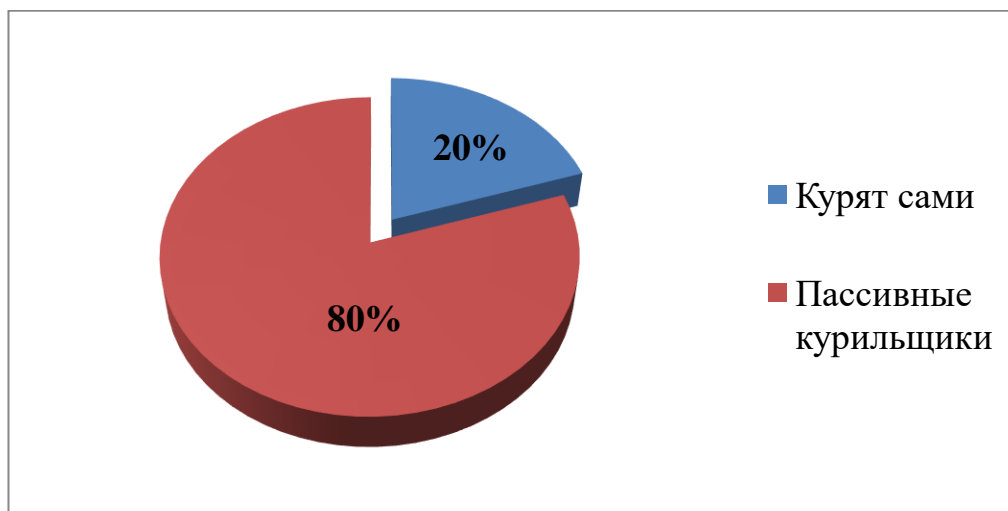


Рис.27. Распределение респондентов по отношению к табакокурению

По данным диаграммы понятно, что 80% респондентов являются пассивными курильщиками.

9 (30%) респондентов посещают психолога по вопросам адаптации к стрессам, 21 (70%) либо не имеют возможности, либо не видят в этом необходимости (Рис.28).

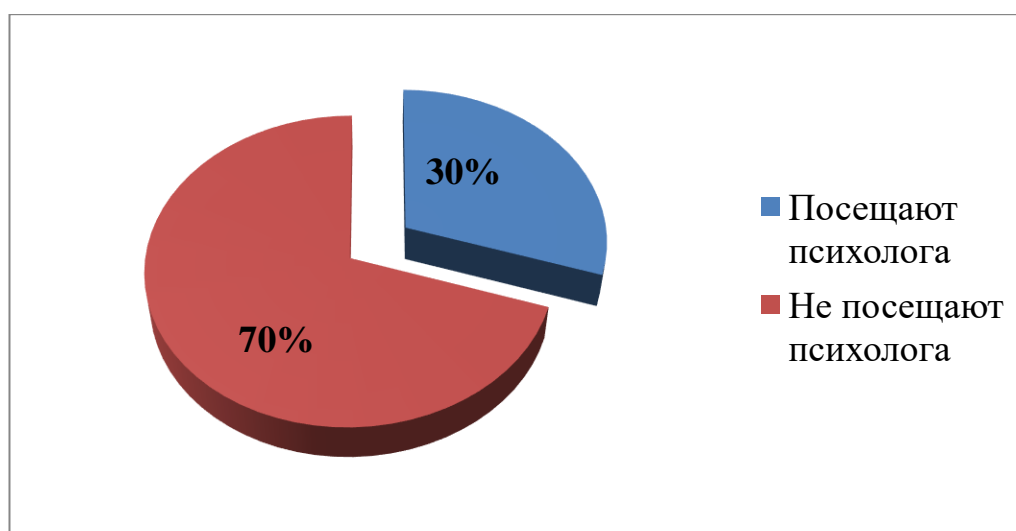


Рис.28 Распределение респондентов по посещению психолога

По данным диаграммы видно, что лишь немногие посещают психолога (30%) по вопросам адаптации к стрессу.

Выясняя вопрос о способе получения информации от медицинской сестры – все респонденты ответили, что это были сугубо индивидуальные беседы.

Таким образом, изучив результаты статистических данных, можно сделать выводы о том, что заболеваемость БА в РФ ежегодно увеличивается в среднем на 2-3%; в Белгородской области эти показатели остаются на стабильно высоких цифрах, хотя и не имеют тенденцию к увеличению. БА является довольно распространенным заболеванием и занимает второе место после заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Из данных собственного социологического исследования понятно, что возрастной контингент группы составляет от 5-9 лет, в котором мальчиков на 20% больше, чем девочек. В основном, - это городские жители, проживающие в полных семьях, родители которых имеют среднее профессиональное образование, большинство из которых являются курильщиками. Больше половины пациентов имеют легкую степень тяжести заболевания, у которых предвестниками удушья является зуд в носу и чихание. Основными причинами, вызвавшими заболевание, пациенты считают частые респираторные заболевания, пассивное курение, воздействие аллергенов, а также влияние стресса. Однако, более половины респондентов не знают какие продукты питания вызывают обострение болезни, хотя большинство из них информированы медицинской сестрой о гипоаллергенной диете. Так же большинство респондентов знают о необходимости создания гипоаллергенной обстановки, однако меньше половины используют гипоаллергенную одежду и бытовую химию. Также далеко не все должным образом проводят влажную уборку в доме и применяют очистители воздуха, переодеваются после прогулки и не промывают нос после неё. Однако, чуть больше половины - регулярно занимаются дыхательной гимнастикой, почти все умеют пользоваться индивидуальным ингалятором и оказывать доврачебную помощь во время

приступа удушья. А вот, понимание цели применения пикфлоуметрии и правильного его использования есть лишь у 3% пациентов. Так же не многие пытаются получить знания по адаптации к стрессу, путем посещения психолога.

Учитывая данные проведенного исследования можно оценить работу медицинской сестры как удовлетворительную, так как большая часть пациентов имеет легкую степень заболевания и информированы в значимых вопросах профилактики БА. Однако, не все выполняют рекомендации медицинской сестры. Для повышения качества профилактической работы по вопросам БА, можно рекомендовать медицинским сестрам педиатрического отделения добиваться понимания значимости в вопросах питания, создания гипоаллергенной обстановки и изучения адаптации к стрессу. Для чего расширить способы распространения информации с использованием санитарных бюллетеней, видеороликов, брошюр и т.д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевание бронхиальная астма является довольно распространенной проблемой во всем мире, охватывающее все возрастные категории и социальные группы людей. Дети являются слабым звеном заболевания. Актуальность проблемы бронхиальной астмы заключается в тенденции роста заболеваемости с каждым годом. Главной проблемой бронхиальной астмы является снижение качества жизни пациента, высокие показатели смертности и инвалидизации. Бронхиальная астма хроническое воспалительное заболевание, которое обусловлено аллергическим воспалением и повышенной чувствительностью к бронхам. Проявляется заболевание повторяющимися эпизодами удушья, одышкой и кашлем. Лечение заболевания направлено на организацию гипоаллергенной обстановки. В ходе собственного социологического исследования была выявлена тенденция роста заболеваемости в РФ, статистика заболеваемости в Белгородской области остается на высоких показателях, но не имеет тенденции к росту. БА является часто встречающимся заболеванием в наше время. В детском возрасте более подвержены заболеванию мальчики. Большую роль в развитии заболевания играет местность где проживает пациент. По результатам исследования выявлено, что болеют чаще жители города в силу экологического фактора. Пациенты считают, что основными причинами заболевания являются частые респираторные заболевания, пассивное курение и воздействие аллергенов. Большая часть респондентов не смотря на информированность медицинской сестрой о гипоаллергенной обстановке и диете не используют гипоаллергенное белье, гипоаллергенную бытовую химию и не придерживаются гипоаллергенной диеты. Большинство опрошенных респондентов умеют пользоваться индивидуальным ингалятором и оказывать первую доврачебную помощь.

Исходя из данных собственного исследования, можно оценить работу медицинской сестры, как удовлетворительную. Это можно аргументировать тем, что большинство пациентов имеют легкую степень заболевания, большинство из них информированы о важных вопросах профилактики БА, но несмотря на это, не все придерживаются рекомендаций медицинской сестры.

Для улучшения качества профилактики заболевания бронхиальной астмы, можно порекомендовать медицинским сестрам педиатрического отделения добиваться понимания в вопросе значимости питания, обеспечении гипоаллергенной обстановки и изучении механизма адаптации к стрессам. Для этого необходимо увеличить способы распространения информации с использованием санитарных бюллетеней, видеороликов, брошюр и т.д.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бронхиальная астма у детей [Текст] : учебно-методическое пособие / авт.-сост. Л. Т. Садовнича [и др.]. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. - 175 с - ISBN 978-5-222-11180-2
2. Капустин, К.М. Детские болезни. Полный справочник [Текст] / К.М. Капустин, Г.Ю. Лазарева [и др.] - М. : Эксмо,2016. - 672 с.
3. Онучин, Н. А. Астма у детей. Все способы лечения [Текст] / Н.А. Онучин. - М.: АСТ, Сова, 2017. - 176 с.
4. Педиатрия [Текст] / под редакцией профессора Н. П. Шабалова - 2016.- 323 с.
5. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов/ Под ред. Н. П. Шабалова.- СПб.: СпецЛит, 2017.- 893 с: ил - ISBN 5-299-00261-0
6. Рачинский, С.В. Болезни органов дыхания у детей [Текст] / С.В. Рачинский, В. К. Таточенко, Р.Г. Артамонов [и др]; под ред. С.В. Рачинского, В.К. Таточенко - М.: Медицина 2017.- 496 с.
7. Тульчинская В. Д.. Сестринское дело в педиатрии [Текст]/ В. Д. Тульчинская, Н. Г. Соколова, Н. М. Шеховцова; под ред. Р. Ф. Морозовой. — Изд. 20-е, испр. — Ростов н/Д : Феникс,2015. — 383 с.
8. Астма-школа [Текст] / А.В. Тумаренко, В.В. Скворцов [и др.] // Пульмонология : Научно практический и публицистический журнал. - 2015. - № 8. С. 35 с.
9. Правильная стратегия при бронхиальной астме [Текст] / И.Л. Фетищева, А.В. Бондаренко [и др.] // Сестринское дело : Научно практический журнал. - 2015. - №2. С. 37 с.
10. Баранов А.А., Педиатрия [Электронный ресурс] : клинические рекомендации / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. (Серия "Клинические рекомендации") - ISBN

доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/RML0309V3.html>

11. Баранов А.А., Педиатрия [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-3409-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434093.h..>

12. Емельянов А.В., БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА [Электронный ресурс] / А.В. Емельянов, Б.А. Черняк, Н.П. Княжеская, М.О. Потапова, А.С. Белевский - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - ISBN — - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970410769V0019.html>

13. Калмыкова А.С., Педиатрия. Основы ухода за больными [Электронный ресурс] : учебник / под ред. А.С. Калмыковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-3703-2 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437032.h..>

14. Маршалко О.В., Терапия. В 3 ч. Ч. 1. Пульмонология [Электронный ресурс]: учеб. пособие. / О.В. Маршалко, А.И. Карпович - Минск : РИПО, 2016. - 202 с. - ISBN 978-985-503-635-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855036358.h..>

15. Медуницына Е.Н., БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА [Электронный ресурс] / Е.Н. Медуницына - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - ISBN — - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970409039V0016.html>

16. Моисеев В.С., Внутренние болезни. В 2 т. Т.1. [Электронный ресурс] : учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 960 с. - ISBN 978-5-9704-2579-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425794.h..>

17. 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.h..>

18. Сторожаков Г.И., Поликлиническая терапия [Электронный ресурс] : учебник / Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-2501-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425015.h..>

19. Хаитов Р.М., Аллергология [Электронный ресурс] : клинические рекомендации / Данилычева И.В., Медуницына Е.Н., Тузлукова Е.Б. и др. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-1310-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/RML0301V3.html>

20. Чучалин А.Г., Пульмонология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-3787-2 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437872.h..>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Меню на 1 день для пациента дошкольного возраста с бронхиальной астмой

Диета при бронхиальной астме направлена на, то что бы ребенок получил полный комплекс необходимых для роста и развития витаминов и минералов. При этом потребляемые продукты в пищу не должны вызывать реакции организма. Для этого мы составили примерное меню для ребенка с заболеванием бронхиальной астмы на 1 день.

Завтрак: каша гречневая, сыр твердых сортов, чай.

Обед: отварной рис, мясо индюшки, овощной гарнир.

Полдник: кефир, яблоко.

Ужин: суп на не крепком бульоне из мяса кролика, овощная запеканка, чай.

Необходимо помнить, что блюда приготовленные для ребенка с бронхиальной астмой не должны содержать специй, усилителей вкуса и ограниченное количество соли.

АНКЕТА

«Оценка уровня информированности родителей в вопросах профилактики и выявления бронхиальной астмы»

Уважаемые родители!

Просим Вас ответить на вопросы, касающиеся профилактики и выявления бронхиальной астмы

1. Возраст ребенка

2. Пол ребенка:

а) муж

б) жен

3. Образование родителей:

а) неполное среднее

б) общее среднее

в) среднее профессиональное

г) высшее

д) свой вариант _____

4. Место жительства:

а) город

б) село

5. Состав семьи:

а) полная

б) неполная

6. Признаки предвестников приступа:

а) чихание

б) зуд в носу

в) водянистые выделения

г) затрудненное дыхание

д) свой ответ _____

7. Как часто возникают приступы удушья:

- а) 1 раз в сутки
- б) 1 раз в месяц
- в) 1 раз в 2 месяца
- г) 1 раз в 6 месяцев
- д) более 3 раз в день
- е) свой ответ _____

8. Факторы, которые по Вашему мнению в большей степени способствуют обострению БА:

- а) физические нагрузки
- б) эмоциональное напряжение
- в) загрязнение воздуха
- г) изменения погоды
- д) ОРВИ
- е) аллергены (шерсть животных, пыльца растений и др.)
- ж) свой вариант

9. Знаете ли Вы, какие продукты питания вызывают обострение заболевания:

- а) Да
- б) Нет
- в) Не задумывался(лась)

10. Проводили ли с Вами средний медперсонал профилактическую беседу на тему диета, бытовые условия при заболевании бронхиальная астма:

- а) Да
- б) Нет

11. Вы промываете полость носа после прогулок:

- а) не промываю
- б) промываю систематически
- в) не регулярно

12. Проводите смену одежды вернувшись домой с улицы:

- а) Да
- б) Нет

13. Придерживаетесь ли Вы гипоаллергенной диеты:

- а) Да
- б) Нет
- в) Не знаю о такой

14. Используются ли Вами гипоаллергенные постельные принадлежности:

- а) Использую
- б) Не использую
- в) Не знаю о таких

15. Носите ли Вы одежду преимущественно из натуральных материалов:

- а) Да
- б) Нет
- в) Не знаю

16. Используете ли Вы в быту гипоаллергенную бытовую химию:

- а) Да
- б) Нет
- в) Не знаю о такой

17. Знаете ли Вы как часто нужно проводить влажную уборку в квартире и в детской комнате при бронхиальной астме:

- а) 1 раз в неделю
- б) 2 раза в неделю
- в) 2 раза в день

18. Создана ли Вами гипоаллергенная обстановка в квартире (убраны цветы, ковры, книги, мягкие игрушки, приобрели очиститель воздуха):

- а) Да
- б) Нет

19. Используете ли Вы очиститель воздуха для комнаты ребенка:

- а) Да
- б) Нет

в) Не знаю

20. Умеете ли Вы применять средства доврачебной самопомощи при появлении симптомов:

а) Да

б) Нет

21. Обучены ли Вы пользоваться индивидуальным ингалятором:

а) Да

б) Нет

22. Умеете ли Вы оказать неотложную помощь ребенку страдающему бронхиальной астмой:

а) Да

б) Нет

23. Проводите ли Вы пикфлоуметрию (способ оценки степени сужения бронхов):

а) 2 раза в день

б) 1 раз в день

в) периодически

г) только во время приступа

д) не пользуюсь

24. Занимается ли ваш ребенок спортом?

а) да

б) нет

25. Испытывает ли ребенок трудности в посещении спортивных секций?

а) да

б) нет

26. Работаете с психологом по вопросам адаптации к стрессам:

а) Да

б) Нет

Благодарим за ответы. Просим написать Ваши предложения по

улучшению организации работы медицинской сестры!

