

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АНГИН У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051506
Шаламовой Татьяны Андреевны**

Научный руководитель:
Преподаватель Фурсина Т.П.

Рецензент:
Старшая медицинская сестра по
амбулаторно-поликлинической помощи
«Детской областной клинической больницы»
Детской поликлиники №4
Кузьмина С. Б.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ АНГИН У ДЕТЕЙ	6
1.1. История возникновения ангин.....	6
1.2. Этиология, Эпидемиология, Патогенез	7
1.3. Клиническая картина ангин у детей и их формы	13
1.4. Диагностика и лечение ангин у детей.....	17
1.5. Профилактика ангин у детей дошкольного возраста	19
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АНГИН У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	25
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4	25
2.2. Анализ статистических данных распространенности ангин.....	26
2.3. Анализ анкетирования респондентов о знание ангин у детей и оценка работы медицинской сестры детской поликлиники №4	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	40
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Одной из сложных проблем, стоящих перед всеми педиатрами, являются инфекционные заболевания детей дошкольного возраста, а в особенности проблема ангины и ее профилактики. Такое пристальное внимание связано с высокой частотой заболеваемости, а также рядом осложнений, возникающим на её фоне. Осложнения могут нанести серьезный вред почкам, сердечнососудистой системе – в дальнейшем может привести и к инвалидности ребенка. К сожалению, хоть за последние десятилетия и были достигнуты успехи в решении данной проблемы, статистика все еще имеет высокие цифры. Например, согласно статистическим данным, в России заболеваемость ангиной составляет целые 15%, в то время как по Белгородской области все 23,5%.

Можно сделать вывод, что данное заболевание является серьезным медико-социальным аспектом, и, само собой, разумеется, требует особого внимания, особенно в вопросах профилактики. Важную роль в этом процессе занимает правильно организованный сестринский процесс при развитии ангин.

Объект исследования: медицинские сестры государственного бюджетного учреждения здравоохранения “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4, родители детей, отчет о работе ОГБУЗ “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинских сестер в сфере профилактики заболевания ангин у детей.

Цель исследования: определить эффективность профилактических мероприятий медицинской сестры при заболеваниях ангин у детей, на основании чего дать рекомендации, с целью повышения качества оказываемых ею медицинских услуг.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Изучить медицинскую и научно-медицинскую литературу по заданной теме.
2. Рассмотреть организацию профилактических мероприятий

медицинских сестёр при ангинах у детей.

3. Проанализировать уровень заболеваемости ангинами ОГБУЗ “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4 у детей.

4. Провести анализ эффективности деятельности медицинских сестер в профилактике ангин у детей.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

2. Социологический: анкетирование.

3. Статистический: статистическая обработка полученной информации.

База исследования: ОГБУЗ “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4.

Время исследования: 2019 г.

Гипотеза исследования: при правильной организации профилактических мероприятий медицинской сестрой снизится риск перехода заболевания в хроническую форму, и сведется к минимуму осложнения после перенесенного заболевания.

Объём и структура выпускной квалификационной работы:

Структура работы обусловлена предметом, целью и задачами исследования. Состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, приложения. Введение раскрывает актуальность, определяет степень научной разработки темы, объект, предмет, цель, задачи и методы исследования, раскрывает теоретическую и практическую значимость данной работы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ АНГИН У ДЕТЕЙ

Ангина (от латинского «angile» — давить, сжимать) — острое инфекционное заболевание, вызываемое исключительно бета-гемолитическим стрептококком группы А, который поражает лимфоидный аппарат глотки [3, с. 10].

1.1. История возникновения ангин

Ангина пребывала знаменита ещё с древнейших пор, предоставленное заболевание имелось помянуто вещах Гиппократ (5—4 в. до н. э.) и Цельса (1 в. н. э.) в данных работах описывались проявления и признаки данного заболевания. В вещах Ибн-Сины (Авиценны, 11 в.) повествуется, как проводится интубация и горлосечение при асфиксии у больных ангиной. Обнаружение дифтерийной палочки дало шанс для медицинских сотрудников отдифференцировать ангину от дифтерии. В 1898 г. Плаут (Н. К. Plant) и Венсан (Н. Vincent) наряду с этим представили особую форму язвенно-пленчатой ангины, возникновение к-рой обусловлено симбиозом бактерий — веретенообразной палочки (*Bac. fusiformis*) и спирохетой полости рта (*Spirochaeta buccalis*). Болезнь приобрело наименование фузоспирохетоза.

Впервые данная форма ангины как инфекционное болезнь, спровоцированное неизвестным возбудителем, была описана русским клиницистом С. П. Боткиным и потом в 1890 г. более детально была описана ангина, его воспитанником Н. П. Симановским [17, с. 59]. Практически в то же время Плаут и Венсан выявили характерного возбудителя, и в наше дни данное заболевание общепринято называть ангиной Симановского—Плаута—Венсана. Ангина в годы войн может получить характер эпидемий, как это, наблюдалось в период первой мировой войны («окопная болезнь»). Кроме того сия болезнь никак не прошла мимо второй мировой войны были эпидемии среди детей и

взрослых. С внедрением в практику гематологических исследований были выделены другие формы ангин — агранулоцитарная (см. Агранаулоцитоз) и моноцитарная (см. Монопуклеоз инфекционный). В 1935 г. И. В. Давыдовским и А. Г. Кестнер впервой была описана язвенно-некротическая ангина, наблюдаемая при, аллейки алиментарно-токсической. В связи с формированием вирусологии уделяется огромный интерес к исследованию этиологической значимости вирусов (в частности, аденовирусов) в поражении лимфаденоидной ткани. В большинстве существующих сообщений о вирусных ангинах описаны единичные вспышки сего заболевания, как в детских коллективах, так и из числа взрослых [26, с. 45].

Таким образом, можно сделать вывод, что ангина как инфекционное заболевание появилось еще в древние времена. В первые об этом заболевание упоминалась в трудах великого врача философа Гиппократ и Целльса, в первые они описали симптомы и признаки появления ангины. Затем открыли вирус бета гемолитического стрептококка, и стали ангину подразделять на несколько видов поражения.

1.2. Этиология, Эпидемиология, Патогенез

Этиология ангины у детей хорошо изучена, так как наиболее часто провоцируют болезнь стрептококки, которые передаются только воздушно-капельным путём. Кроме этого, спровоцировать возникновение этого инфекционного процесса у ребёнка могут такие этиологические факторы:

1. слабый местный иммунитет – миндалины практически не имеют барьерной функции, что служит благоприятной средой для развития инфекционного процесса;

2. дисбактериоз кишечника;

3. частые вирусные или инфекционные заболевания;

4. неправильное питание ребёнка – отсутствие необходимых витаминов и минералов в рационе;

5. ослабленная иммунная система;
6. длительное лечение антибиотиками, вследствие чего меняется микробный состав в носоглотке;

7. частое переохлаждение, употребление холодной пищи или напитков.

Следует отметить и то, что восприимчивость ребёнка к вирусным организмам, которые могут спровоцировать развитие ангины, зависит от его общего состояния здоровья и образа жизни. В этиологии ангины имеют значение разнообразные возбудители: кокки, палочки, спирохеты, грибки, вирусы, аденовирусы и так далее. Первостепенным возбудителем ангин (свыше чем в 90% ситуаций) было принято считать β -гемолитический стрептококк группы А. Данное подтверждалось серологическими разработками, предписывающие на существенное повышение (вплоть до 82%) в сыворотке крови людей страдающих ангинами. Титров анти стрептококковых антител, и экспериментально воссоздание ангины при применение чистейшей культуры β -гемолитического стрептококка, выделенной из ротоглотки больных страдающих ангиной. В настоящий период времени этиологическую значимость в зарождении ангины присваивают стафилококку, что, несомненно, подтверждается повышением в сыворотке крови больных ангиной титров антистафилококковых антител. Снижение частоты высеваемой β -гемолитического стрептококка при ангине, большая часть создателей разъясняют данное обширным применением сульфаниламидных веществ и антибиотиков, кой оказывает большое влияние на микроорганизменную флору небных миндалин. С этим ведь объединяют растущую частоту (вплоть до 60%) носительства болезнетворных штаммов гемолитического стрептококка из числа здоровых людей. В последнее десятилетия лет огромную роль уделяют исследованию этиологической значимости вирусов (в частности, аденовирусов) в появлении ангины. Предполагается, то, что вирус отнюдь не только лишь способен исполнять значимость самостоятельного возбудителя ангины, однако и горазд, стимулировать динамичность бактериальной флоры [13, с. 35].

Первичная ангина – это довольно-таки распространённое заболевание,

которое поражает верхние дыхательные пути, среди инфекционных заболеваний уступает по частоте возникновения лишь Острым респираторным вирусным заболеваниям. Болезнь проявляется ростом инфицирования в осенне-зимний период. Чаще всего болеют дети и взрослые до 35 лет. Источник инфекции – больные, и носители стрептококков, выделяющие во внешний мир существенное число возбудителей при разговоре и кашле. Основной способ заражения - воздушно-капельный, но возможно инфицирование контактно-бытовым и алиментарным путями. Восприимчивость к стрептококкам достаточно высокая, в особенности у людей с ослабленным иммунитетом. Наименьшей значимостью обладает эндогенное инфицирование (при присутствии в полости рта и глотки очагов хронической инфекции, например, кариеса зубов, заболеваний дёсен и т.д.).

Одним из примером, алиментарного пути инфицирования могут быть эпидемические вспышки ангины в детских коллективах при использовании в еду не пастеризованного молока от коров, потому что они страдают стрептококковым поражением вымени. Но прогрессивные гигиенические события (пастеризация молока и др.) направлены на предупреждение подобных явлений. Эндогенное заражение (аутоинфекция) имеет место быть нередко под влиянием присутствия хронического тонзиллита. Под влиянием данного за частую прослеживаются вторичные либо рецидивирующие ангины. В формировании появления ангины в данных вариантах находится несоблюдение баланса среди микро- и макро организмом под воздействием негативных наружных либо внутренних условий, снижающих реактивность организма. Рецидивирующая ангина зачастую формируется в алергизированном организме, и её анализируют равно как усугубление затяжного тонзиллита.

Прослеживается взаимосвязь заболеваемости ангиной у старших со скарлатиной у деток. В года роста заболеваемости скарлатиной возрастает заболеваемость ангиной. Существуют выявленные сезонные взлеты заболеваемости ангины в осенне-зимний промежуток.

В патогенезе ангины важную значимость представляют равно как

экзогенные, в частности и эндогенные условия. Из числа экзогенных условий основной ролью обладают инфекционные заболевания, проходящие через эпителий свободной поверхности миндалин и её крипт. Никак не отрицается и гематогенный генезис появления ангины, тем не менее, он уступает местному инфицированию. [23, с. 38].

Огромную роль в патогенезе ангины придается переохлаждению, равно как общему, в частности и местному. Несоблюдение гемодинамики в миндалинах при охлаждении вызывает динамичность микроорганической флоры с дальнейшим формированием ангины. Конкретной ролью обладает и адаптационная способность организма к условию охлаждения. Общество незакаленное, как правило, чаще заражаются ангиной [28, с. 78].

Не маловажным условием считается пища (монотонная еда, гиповитаминоз и многое другое). Предотвращение гиповитаминоза в определенной степени сокращает вероятность заражения ангиной. Некие профессора полагают, то, что излишнее использование зоологического белка, предрасполагающего к аллергическим взаимодействиям, содействует повышению частоты болезни ангиной.

В определенных вариантах в появлении ангин может играть значимость повреждение миндалин (инородным телом — рыба либо мясная косточка, шпателем — при резком выдавливании содержимого лакун, металлическими и резиновыми трубками — при бронхо- и эзофагоскопии, интубации трахеи и так далее).

Приводящими условиями ангин могут являться патологические модификации в полости рта, носа и глотки. К примеру, дуновение через рот при затруднении назализованного дыхания способен спровоцировать ангину, в особенности в холодный период года.

Эндогенными условиями является возраст. В связи с физиологическими особенностями организма человека, а именно возрастными изменениями в лимфаденоидной ткани глотки, которые обусловлены воздействием условий в частности гормонов коры надпочечников. Заболеваемость ангиной чаще всего

наблюдается у детей дошкольного и школьного возраста, а так же в возрастной средней категории (у пожилых зачастую протекает стерто). В то же время у детей грудного возраста заболеваемость меньше, что связано с не сформированным лимфаденоидным аппаратом глотки. Важную значимость в патогенезе ангины обладает состояние центральной нервной системы, вегетативных функций, расстройство обменных процессов в организме. Существуют предписания на конституциональную склонность к ангине [19, с. 64]. В патогенезе рецидивирующих ангин (усугубление хронического тонзиллита) немаловажную значимость представляет аллергический фактор. Формирование ангины рассматривается равно как аллергически-гиперергический процесс. Защитные механизмы организма обладают большой значимостью, так как не дают проникнуть внутрь человека инфекции, и способствуют тому, чтобы в нем не сформировались воспаления, но в силу различных обстоятельств эти механизмы недостаточно надежны. Определенную значимость имеют сокращенные адаптационные возможности организма к влиянию таких факторов как холод, внезапные сезонные изменения условий окружающей среды (а именно: температура, влажность, загрязненность и т.д.). На частоту возникновения ангин оказывает влияние однотипным вариант питания, в котором преобладает белковая пища, и нехватка витамина С. Так же к формированию тонзиллитов у ребенка полагается лимфатико-гиперпластическая конституция.

Становление ангины совершается по типу аллергически-гиперергической взаимодействия. Обильная микрофлора лакун миндалин и продуктов белкового разрушения, без колебания, влияет на некоторые субстанции, что способствуют наилучшей сенсibilизации организма. В таком случае время, в сенсibilизированном организме, большое число условий, как эндогенной, так и экзогенной природы возникновения представляют особую значимость начальной точкой в формировании ангин. Немаловажным фактором в возникновении осложнений, таких как неспецифических инфекционный полиартрит, ревматизм, а также ряд других осложнений, имеющих

инфекционно-аллергическую основу, является фактор аллергическая реакция. Болезнетворным свойством обладает бета-гемолитический стрептококк группы А, так как в их составе есть капсулы (М-белок), они служат для прикрепления к слизистым мембран.

Такие бактерии устойчивы к воздействию иммунной системы организма, и так же могут вызвать ответную реакцию с ее стороны. Это связано с присутствием в них антигенов, которые хорошо реагируют с сердечной мышцей. Помимо основных рисков, связанных с ангиной, зачастую отмечаются осложнения с поражением, которые проявляются спустя значительный промежуток времени. Так, на 8-10 сутки от начала заболевания возможен токсический шок, постстрептококковый гломерулонефрит, нередко и проявления ревматической лихорадки на 2-3 недели после подавления признаков тонзиллита.

Особенностью стафилококка являются возможные абсцессы, вывод токсинов, среди которых такие как антифагоцитарные факторы, а также фермент коагулазу и белок А, препятствующий колонизации.

Таким образом, можно сделать вывод что, ангина- острое инфекционное заболевание, провоцируемое исключительно бета-гемолитическим стрептококком группы А, который поражает лимфоидный аппарат глотки, причинами может быть, плохой иммунитет, расстройство кишечника, частые вирусные болезни и т.д. Источник инфекции больные ангиной, а кроме того носители стрептококков, выделяющие во внешнюю среду огромное количество возбудителей при разговоре и кашле. Основной путь заражения - воздушно-капельный, кроме того допустимо инфицирование контактно-бытовым и алиментарным способами. Чаще болеют дети в дошкольном и в школьном возрасте и взрослые до 40 лет. Осложнениями после перенесенных ангин являются, гломерулонефрит и ревматическая лихорадочное состояние образующаяся уже после ангин через 2-3 недели. Сезонность болезни зима - осень.

1.3. Клиническая картина ангины у детей и их формы

Заболевание начинается с продромального периода, который длится от нескольких часов до нескольких дней. Ангина, как правило, начинается остро, с озноба, значительной температурой (вплоть до 40°), однако жар может быть и субфебрильной. Возникает сухость, першение, саднение и чувство сдавления в горле. Появляются явления общей интоксикации: бессилие, изнуренность, чувство тянущей боли в мышцах конечностей, боли в суставах, пояснице, головная боль. В то же пору с повышением температуры появляется боль в горле при глотании. В ряде случаев явления интоксикации выступают на первый план, и в первые часы болезни боль в горле никак не тревожит пациента (чаще при затяжном тонзиллите); она возникает к окончанию первых либо в течение вторых суток [6, с. 121]. У пациентов с гипертрофией миндалин при инфильтрации мягкого неба во время ангины речь становится неясной — с гнусливым оттенком. Растут и становятся болезненными при пальпации регионарные лимфоидные узлы, но уровень их реакции бывает разной, что объединяют с вирулентностью возбудителя, функциональным состоянием миндалин и в целом организма. При резко проявленных воспалительных модификациях регионарных лимфоидных узлов замечается болезненность при повороте головы, собственно вызывает вынужденное её положение. Вследствие рефлекторных воздействий и болезненного глотания увеличивается саливация. Язык обложен, аппетит понижен, пациенты испытывают малопрятный привкус во рту, запах изо рта. Зачастую имеют место и прочие патологии со стороны пищеварительного тракта: разлитая боль в животе, пореже в области слепой кишки, поносы, запоры. В ряде случаев ангина способна сопровождаться увеличением селезенки и возникновением белка в моче. На возгорание болезни учащается пульс в соответствии с повышением температуры туловища, возрастает частота дыхания, зачастую отмечаются болевые чувства в области сердца. Подобного рода тонзилло-кардиальный дисгенитализм объясняется рефлекторным воздействием со стороны

периферических нервных рецепторов миндалин в нервный аппарат сердца. Систолическое и диастолическое артериальное давление в первое время болезни опускается, а далее приходит к норме. В крови, как правило, наблюдается лейкоцитоз (иногда до 20000, сдвиг лейкоцитарной формулы влево с юными формами, токсической зернистостью лейкоцитов). РОЭ обычно ускоряется на 2—3-й день заболевания и достигает иногда значительных цифр (до 50 мм в час) [18, с. 76].

Ранее описанные признаки болезни чаще встречаются при серьезных формах ангины (с налетами на миндалинах) и меньше показаны при катаральной ангине. Клиническая картина ангин в течение способна изменяться при стремительно пониженной общей реактивности организма. В подобных случаях заметна при фарингоскопии островоспалительные явления (инфильтрация, налеты, язвы). Проходят при совокупном удовлетворительном пребывании, невысокой или же даже нормальной температуре и при крайне небольших болях при глотании, а порой при абсолютном нехватке их.

Стремительно изменяется клиническая картина при употреблении сульфаниламидов и антибиотиков. В основную очередь сбиваются действия интоксикации, несмотря на то воспалительный процесс остается действующим и морфологические перемены в ротоглотке стремительно проявлены. В некоторых случаях это ведет к преждевременной отмене медикаментозного лечения и изменению режима. В стандартных вариантах болезнь продолжается 5—7 суток [5, с. 79].

Из числа клинических форм ангины особенно зачастую различают катаральную, лакунарную, фолликулярную, фибринозную, а кроме того интратонзиллярный абсцесс (флегмонозная ангина). Тем не менее, деление данных форм исключительно условно. По сути это общий патологический процесс, который способен стремительно развиваться либо приостановиться на одной из стадий собственного развития. Из-за частую ангина проходит двусторонней. Лакунарная ангина встречается чаще, нежели фолликулярная; катаральная ангина как самостоятельное заболевание встречается редко. В

некоторых случаях катаральная ангина оказывается первой фазой, за которой проявляется более тяжелая форма либо возникает другое заболевание [6, с. 123].

Катаральная ангина проявляется выраженной разлитой гиперемией миндалин, нередко отеком небных дужек. Миндалины умеренно, а иногда значительно увеличиваются в объеме, на их поверхности и в лакунах наблюдается скопление экссудата, содержащего лейкоциты и слущенный эпителий слизистой оболочки, покрывающей миндалины. Регионарные лимфатические узлы не всегда увеличены и болезненны при пальпации. Катаральная ангина по сравнению с другими клиническими формами заболевания отличается относительно легким течением, однако это не должно снижать внимания врача и больного к заболеванию, так как известно, что и после катаральной ангины могут возникать осложнения [8, с. 125].

Лакунарная ангина характеризуется наиболее выраженной клинической картиной. На фоне гиперемизированных и набухших миндалин в устьях лакун возникают налеты либо экссудат. Сначала заметны многообразные формы желтовато-белого цвета небольшие налеты, которые в последующем соединяются и формируют пленки, в некоторых случаях распространяясь на целую миндалину, однако никак не выходят за её границы; данный налет сравнительно просто снимается, никак не сохраняя кровотокающей поверхности [9, с. 127].

Фолликулярная ангина. На фоне гиперемизированных и набухших миндалин появляется существенное количество желтовато-белых небольших абсцессов, представляющих собой нагноившиеся фолликулы, которые далее вскрываются, оставляя на поверхности миндалин стремительно заживающие язвочки. Фолликулярная ангина способна появляться как самостоятельное заболевание, присоединяться к лакунарной ангине либо протекать в то же время с ней. Характер поражения миндалин в момент осмотра способен находиться в некоторых случаях не одним и тем же: на одной стороне может быть катаральная ангина, а на другой — фолликулярная либо лакунарная

ангина, однако в последующем, как правило, процесс становится симметричным [5, с. 130].

Фибринозная ангина способна развиваться из фолликулярной или же лакунарной. В первом случае основой образования пленки считаются вскрывшиеся нагноившиеся фолликулы, во втором — некротизирующийся ткань у входа в лакуны с распространением процесса согласно поверхности миндалина. Отдельные небольшие налеты объединяются в виде островков или же полностью покрывают всю миндалину, принимая фибринозный вид. Фибринозные налеты обладают беловато-желтоватый цвет, миндалина увеличена, воспалена. Из-за сходство характера налетов в миндалинах при дифтерии фибринозная форма ангины в литературе приобрела наименование дифтероидной. Но, в отличие с дифтерии, налет при фибринозной ангине снимается относительно просто, сохраняя уже после себя не достаточно кровотокащую эрозию. Единые явления выражены, как правило, не резко, температура повышается несущественно.

Флегмонозная ангина — изолированный абсцесс в толще миндалина. Появляется вследствие травм посторонним телом (рыбья, мясная кость и многое другое) с дальнейшим нагноением паренхимы миндалина. Встречается крайне редко. Поражение, как правило, одностороннее. Миндалины увеличены в размере, гиперемированы, болезненны при пальпации. Общие и местные действия проявлены отнюдь не стремительно. Сформировавшийся абсцесс способен вскрыться в полость рта либо в пара тонзиллярную (пери тонзиллярную) клетчатку с формированием в последнем случае пара тонзиллярного (пери тонзиллярного) абсцесса [24, с. 133].

Таким образом, можем сделать вывод, что ангина обычно начинается остро, с озноба, высокой температуры, однако температура может быть и субфебрильной. Появляется сухость, першение и ощущение сдавления в горле. Отмечаются явления общей интоксикации, Среди клинических форм ангины наиболее часто различают катаральную, лакунарную, фолликулярную, фибринозную, а также флегмонозная ангина, типичная ангина длится от 5 до 7

дней.

1.4. Диагностика и лечение ангины у детей

Диагноз обычной ангины ставится на основе представленных ранее местных и общих признаков. Необходимо принимать во внимание, то что в первоначальные дни при многочисленных общих и инфекционных болезнях имеют все шансы быть похожие изменения в ротоглотке. С целью уточнения диагноза следует клиническое наблюдение. И в некоторых случаях осуществление лабораторных исследований (бактериологического, вирусологического, серологического, цитологического и иное).

При возникновении признаков ангины необходимо направиться к врачу. Угроза самолечения детей заключается в появлении осложнений либо хронизации процесса при неверном лечении. Паче того, без помощи других определить вид ангины, исключить такое опасное заболевание, как дифтерия, нельзя.

В связи с неблагополучной ситуацией по заболеваемости дифтерией в некоторых регионах все дети с ангиной лечатся в стационаре. Обязательной госпитализации подлежат малыши первых 3 лет жизни, дети с тяжелыми сопутствующими заболеваниями: сахарным диабетом, заболеваниями почек, нарушениями свертывающей системы крови

При лечении в домашних условиях рекомендуется изолировать ребенка от других детей, выделить ему отдельную посуду и предметы гигиены. На время лихорадки назначается постельный режим. Необходимо обеспечить обильное питье для снижения интоксикации. Комплексное лечение ангины включает:

1. воздействие на возбудителя – антибиотикотерапию или противовирусные, противогрибковые препараты;
2. антигистаминные (противоаллергические) средства;
3. жаропонижающие препараты;

4. пробиотики;
5. местное лечение (полоскание горла, орошение спреями, смазывание миндалин, рассасывающие таблетки);
6. щадящий режим.

Рекомендовано обильное употребление жидкости не сильно горячие, но при этом и не холодное можно употреблять (чай с лимоном, фруктовые соки, боржоми и многое другое), щадящая, не раздражающая, в большей степени молочно-растительная диета, богатая витаминами (в особенности витамином С). Нужно наблюдение за постоянным отпавлением кишечника и при потребности — назначение клизм либо слабительных средств.

Местная терапия. Применяют полоскание, распыление лекарственных порошков на поверхность миндалин, а кроме того тушированные гранул и боковых валиков лекарственными веществами с помощью ватного тампона на зонде. С целью полоскания применяются щелочные и смягчительные средства: сода, бура, поваренная соль, настои ромашки, шалфея и многое другое. Используют кроме того обеззараживающие растворы перманганата калия, перекиси водорода. Сии средства обладают и дезодорирующими особенностями и поэтому особенно показаны при фибринозных, язвенных, некротических формах ангины. Использовать с целью полоскания растворы антибиотиков крайне не безопасно, использовать только при назначении врача и не как иначе (пенициллин, тетрациклин и прочее) из-за участившихся в минувшие годы ситуации грибковых поражений глотки, стоматитов и многое другое.

Из физиотерапевтических способов лечения при затянувшихся шейных лимфаденитах используют соллюкс, токи УВЧ, микроволновую терапию и многое другое. В профилактике осложнений ангины немаловажную значимость представляет правильный режим, разумное лечение пациента в период болезни, а кроме того верное разрешение проблемы о сроках восстановления трудоспособности. Надобно, для каждый больной, перенесший ангину, было проведено детально обследован (ЭКГ, анализ крови, мочи). При присутствии

патологии необходимо соответствующее наблюдение, в некоторых случаях в стационаре. Будто взрослые, так и детки, зачастую болеющие ангиной, при диспансеризации обязаны быть взяты на особый учет.

Таким образом, можно сделать вывод что, лечение предоставленного заболевания может проходить как в стационаре, так в частности и в домашних условиях в зависимости от серьезности состояния больного. Главными принципами лечения считается назначение антибактериальных препаратов и орошение зева антисептиками.

1.5. Профилактика ангин у детей дошкольного возраста

Профилактика ангины у детей является очень необходимым и действенным способом избежать частых повторений этого заболевания, а также помогает уберечь малыша от возможных тяжелых осложнений.

Одной из мер профилактики является удаление миндалин (гланд). Однако, поскольку миндалины напрямую связаны с функционированием защитной системы организма, их удаление можно проводить только в крайне необходимых случаях. Такими показаниями служат частые заболевания ангиной до семи раз в год, затрудненное дыхание из-за увеличенных миндалин и тому подобное. Из лекарственных способов широко применяется бициллинопрофилактика. Ее суть состоит в проведении инъекций препарата «Бициллин», который является антибиотиком пенициллинового ряда. Он практически не имеет побочных явлений и хорошо переносится детьми. Вводится только глубоко внутримышечно и имеет пролонгированное действие, благодаря медленному всасыванию в кровь. Уколы делают обычно раз в неделю, но точную дозу и регулярность инъекций может назначить только врач. Бициллинопрофилактика поможет избежать многих возможных осложнений и рисков, вызванных ангиной.

И, конечно, нельзя забывать о таких мерах профилактики, как закаливание малыша, которое можно начинать с самого раннего возраста. Сюда

можно отнести плавание, обливание холодной водой, игры на открытом воздухе и многое другое. Здоровое и полноценное питание также будет хорошим подспорьем для укрепления иммунной системы растущего детского организма.

Не стоит забывать и о соблюдении правил гигиены. Родители должны контролировать, чтобы дети мыли руки и пользовались только своими столовыми приборами. Помещения с детьми необходимо периодически проветривать и делать влажную уборку как можно чаще. Если кто-то в детском коллективе уже заболел ангиной, то лучше перестраховаться и пару недель поить ребенка чаем с лимоном и медом. Вместо чая можно давать теплое молоко. Хорошо подойдут для профилактики полоскания, например, раствором соды или соли, а также отваром ромашки или календулы.

У детей до 3-х лет профилактика ангины включает в себя регулярную чистку зубов, щек и языка. Также рекомендуется использовать увлажнители воздуха с ионизатором. Увлажнение благоприятно влияет на слизистые, оно предотвращает их пересыхание.

Профилактика ангины у новорожденных детей – это громкие крики. С помощью криков у детей тренируются голосовые связки.

Новорожденных тоже можно закаливать, понижая постепенно температуру воды для купания. Хорошей профилактикой любых заболеваний является грудное вскармливание.

Что делать родителям, чтобы уберечь ребенка от ангины? Достаточно соблюдения простых правил.

1. Одежда по погоде

Профилактика любого инфекционного заболевания (например, ангины, фарингита, бронхита) у маленьких детей начинается с самого простого: их необходимо правильно одевать. Главная ошибка родителей – попытка максимально тепло укутать ребенка вне зависимости от температурных условий. Это приводит к тому, что он потеет, а затем, при снятии одежды, попадает под сквозняк и простывает. Ребенок должен быть одет в соответствии с окружающим климатом.

2. Свежий воздух

Уменьшить вероятность возникновения инфекционного заболевания, передающегося воздушно-капельным путем, помогает регулярное проветривание помещения. Во время открытия окон рекомендуется выводить из комнаты маленьких детей: резкий перепад температуры не закалит их а, наоборот, спровоцирует дополнительный стресс для организма. Регулярные прогулки на свежем воздухе – эффективная профилактика и первичного воспаления, и повторной ангины.

3. Зарядка

Физические упражнения способствуют общему укреплению детского организма. Однако не стоит давать ту нагрузку, которая тяжела для ребенка. Выполнение движений «через силу» может, наоборот, стать фактором развития какого-либо заболевания.

4. Соблюдение личной гигиены

Важную роль в предупреждении тонзиллита играет регулярная чистка зубов, щек и языка. Гигиеническая профилактика ангины у взрослых и детей практически не отличается: она предусматривает пользование только личными полотенцами и иными принадлежностями.

5. Профилактическое полоскание горла

Лекарства для эффективной профилактики ангины у ребенка не обязательно должны быть дорогостоящими. Подойдут теплые настои ромашки и календулы (не путать со спиртовыми настойками). Активные вещества указанных растений обладают мягким антисептическим эффектом при полоскании. Раствор соли с содой больше показан во время острой фазы болезни. Профилактика ангины народными методами. К использованию средств народной медицины следует относиться с осторожностью. Прежде чем полоскать горло домашним раствором для профилактики ангины, необходимо убедиться в отсутствии аллергии на действующие компоненты. Механизм действия рассматриваемых рецептов основан на антисептическом эффекте [11, с. 9].

Настой зверобоя со спиртовой настойкой прополиса Средство подходит для профилактики ангины и лечения рецидивов хронического тонзиллита. Схема для приготовления 1 стакана раствора: залить 1 столовую ложку зверобоя кипятком (250 мл), оставить на полчаса, затем процедить. Добавить 20 капель 10% настойки прополиса. Полоскать горло рекомендуется 3 раза в день [11, с. 11]. Сбор трав и прополис при полоскании горла. Одна из самых эффективных комбинаций – смесь ромашки, календулы и эвкалипта в соотношении 1:1:1. Столовую ложку сбора необходимо залить стаканом воды, прокипятить (достаточно 15 минут). Оставить на 40 минут. В отвар добавить 20 капель 10% спиртового раствора прополиса. Периодичность полосканий идентична предыдущему рецепту [11, с. 12].

Настой калины с медом. Схема приготовления: 2 чайные ложки ягод калины растереть, залить 200 мл горячего меда. Остудить. Принимать внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день. Профилактика возникновения ангины у беременных с помощью этого средства не рекомендуется [11, с. 13].

Настой эвкалипта при заболевании гланд. Рецепт поможет предупредить повторный эпизод воспаления при хроническом тонзиллите. Он сходен с предыдущими настоями для полоскания горла: следует залить 2 столовые ложки растения стаканом кипятка, оставить на полчаса. Вместо сухих листьев, можно использовать спиртовой раствор эвкалипта (15 капель на 250 мл теплой воды) [11, с. 14].

Йогу можно рассматривать как способ общего укрепления организма. Специфическое упражнение, помогающее предупредить ЛОР-заболевания, называется «поза льва». Оно способствует улучшению притока крови к шейной области, а также вызывает мышечное расслабление. Данная поза – хорошая профилактика рецидивов тонзиллита после перенесенной ангины. Людям, ранее не занимавшимся йогой, рекомендовано выполнение упражнений в присутствии опытного инструктора. Профилактика осложнений. Острый тонзиллит способен привести к ряду серьезных последствий. Иногда данное заболевание становится причиной приобретенных пороков сердца, поражения

почек, воспаления мелких и крупных суставов. От того, насколько грамотно была проведена профилактика осложнений ангины, зависит будущее здоровье пациента.

Меры контроля и предупреждения:

1. Своевременное обследование. Например, если врач подозревает, что перенесенная ангина повлекла за собой сердечную патологию, он назначает следующие методы диагностики: ЭКГ, ЭХО-КГ (УЗИ сердца), клинический анализ крови.
2. Промывание миндалин антисептическим раствором. Эта манипуляция – эффективная профилактика гнойной ангины. Процедуру проводит ЛОР-врач.
3. Соблюдение всех рекомендованных инструкций. Несмотря на то, что в интернете много информации о лечении и профилактике острого тонзиллита, она не сравнится с рекомендациями настоящего доктора. Профилактика осложнений после ангины у детей – работа педиатра.
4. Использование медикаментозной терапии по показаниям. Например, Бицилиновая профилактика после перенесенной ангины направлена на предупреждение ревматических осложнений. Указанный препарат обладает мощным антибактериальным действием [14, с. 35].

Отталкиваясь с ранее описанного, можно сделать заключение, что профилактические мероприятия тонзиллита у ребенка ориентированы на сокращение риска возникновения заболеваемости и развитие возможных осложнений. Профилактические мероприятия следует осуществлять, в том числе и при развитии данной патологии и уже после выздоровления.

Таким образом, исследовав научно-медицинскую литературу по установленной проблеме, можем сделать выводы что, ангина- острое инфекционное заболевание, активизируемое лишь бета-гемолитическим стрептококком группы А, каковой поражает лимфоидный аппарат глотки, факторами может быть, слабый иммунитет, дисбактериоз кишечного тракта, частые вирусные болезни и т.д. Профилактические мероприятия тонзиллита у

детей ориентированы на понижение риска появления заболеваемости и формирование возможных осложнений. Профилактические мероприятия следует осуществлять, в том числе и при формировании данной патологии и уже после выздоровления.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АНГИН У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4

ОГБУЗ “ Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника №4 оказывает медицинскую помощь около 35116 детям и подросткам. Фактическая мощность 1278 посещений в день.

Поликлиника осуществляет амбулаторно-поликлиническую помощь по 33 врачебным специальностям (педиатрия, отоларингология, неврология, офтальмология, хирургия и ортопедия, эндокринология и гастроэнтерология, детская гинекология, аллергология-иммунология и др.)

В структуре поликлиники четыре педиатрических отделения:

1. Консультативно-диагностическое отделение
2. Отделение медико-социальной помощи
3. Информационно- аналитическое отделение
4. Дневной стационар, который обустроен на 20 коек, где оказывается большой спектр услуг:
 - Современные диагностические процедуры(лучевая диагностика, ультразвуковая, функциональная и пр.)
 - Медикаментозное лечение в сочетании с физиотерапевтическими процедурами.

Отделение восстановительной медицины рассчитано на 100 посещений в смену, оснащённое самыми современными лечебно-тренажерными комплексами, бассейнами.

В поликлиники успешно функционируют операционный блок для амбулаторной хирургии и отоларингологии, клинико-диагностическая лаборатория, прививочный и процедурный кабинет. Так же на базе поликлиники №4 открылся Центр здоровья по формированию здорового образа

жизни у детей и подростков. Здесь бесплатно принимают ребят не только из города, но и районов области. За смену медики смогут принять 25 человек, это дети от 6 до 17 лет.

2.2. Анализ статистических данных распространенности ангин

Для проведения анализа по выбранной проблеме были использованы статистические данные МИАЦ и данные ОГБУЗ “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4.

Число зарегистрированных пациентов с заболеваниями ангин у детей дошкольного возраста в Российской Федерации за 2018 год – 3254. В сравнение с 2017 годом количество больных увеличилось на 83 человека. Заболевание ангин у детей дошкольного возраста за 2017 год было зарегистрировано – 3171. В сравнение с 2016 годом количество заболевших увеличилось на 0.4%(10 случаев) (Таблица 1).

Таблица 1

Показатели заболеваемости ангин у детей дошкольного возраста в РФ с 2014 по 2018 год (по данным МИАЦ)

Год	Количество больных
2014	3145
2015	3168
2016	3171
2017	3181
2018	3254

Из данных таблицы мы можем увидеть, что с каждым годом количество детей дошкольного возраста с ангинами в России увеличивается (Рис. 1)

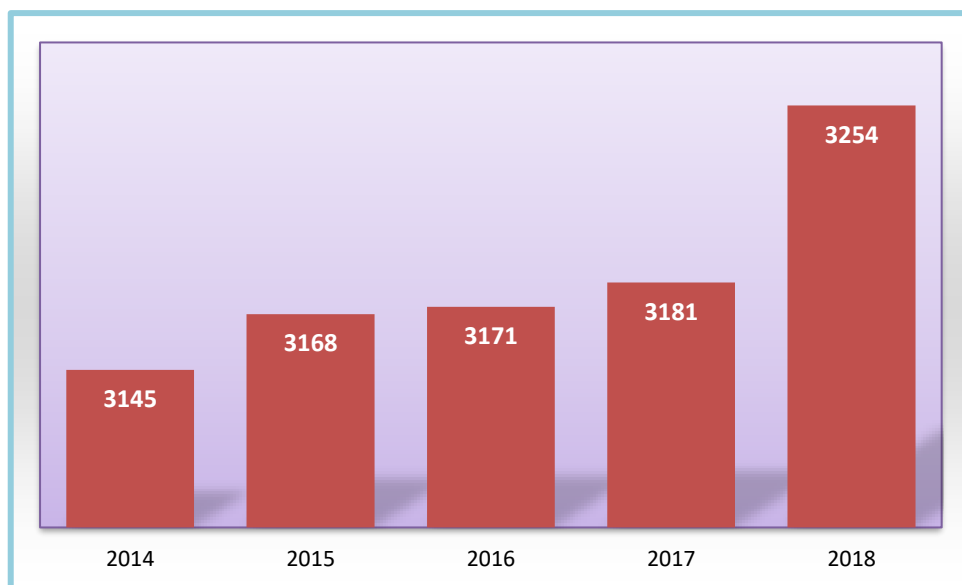


Рис. 1. Показатели заболеваемости ангин у детей дошкольного возраста в РФ с 2014 по 2018 г.

В детской поликлиники № 4 ОГБУЗ “ОДКБ” был проведен анализ статистических данных заболеваемости детей дошкольного возраста, ангинами за период 2014-2018 г. данные которого приведены в (Таблице 2).

Таблица 2

Заболеваемость ангиной детской областной клинической больницы за период 2014-2018 гг.

Год	Количество больных
2014	97
2015	103
2016	106
2017	112
2018	117

Смотря на таблицу, мы можем увидеть, что заболевание ангин с каждым

годом медленно нарастает. Можно отметить, что контингент пациентов с различными формами ангины - это дети в возрасте от 4 до 7 лет. Но так же по данным статистики мы можем увидеть, что дети в возрасте от 1-3 лет редко болеют ангинами, это из-за того, что у ребенка на первых годах жизни плохо развиты миндалины. По статистическим данным мы можем увидеть, что чаще в этом возрасте дети болеют катаральной ангиной реже остальными формами ангины (Таблица 3).

Таблица 3

Распределение заболеваемости ангиной среди детей в ОГБУЗ “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4

	Возрастной контингент																								
	год																								
	2014					2015					2016					2017					2018				
	1-3	3-7	7-10	11-14	15-17	1-3	3-7	7-10	11-14	15-17	1-3	3-7	7-10	11-14	15-17	1-3	3-7	7-10	11-14	15-17	1-3	3-7	7-10	11-14	15-17
Катаральная	2	5	6	6	8	4	5	3	2	5	5	7	6	3	3	5	5	7	1	8	6	8	5	5	7
Фолликулярная	0	4	8	7	4	2	4	4	7	6	2	4	6	5	3	1	7	6	7	3	2	4	6	8	5
Лакунарная	0	4	3	5	3	0	5	8	2	8	0	5	3	2	3	1	2	3	9	3	0	5	8	6	7
Фибринозная	0	3	4	9	1	0	5	4	2	9	1	2	4	2	1	2	2	3	2	1	0	2	4	2	8
Герпетическая	0	5	6	2	6	1	0	1	2	1	1	0	1	2	1	2	1	2	2	1	2	0	5	2	5
Всего	103					112					117					95					103				

На основе статистических данных количество пролеченных детей с данной патологией остается на стабильно высоком уровне, особенно в 2016 году, что говорит о недостаточной профилактической работе медицинского

персонала. Исходя, из таблицы статистических данных мы можем увидеть, что дети дошкольного возраста болеют катаральной ангиной от 6,8% до 13,5%, на втором месте - фолликулярная ангина от 3,8% до 4,8%, на третьем – лакунарная от 3,6% до 3,8%, и меньше всего фибриозной и герпетической ангиной (Рис. 2)

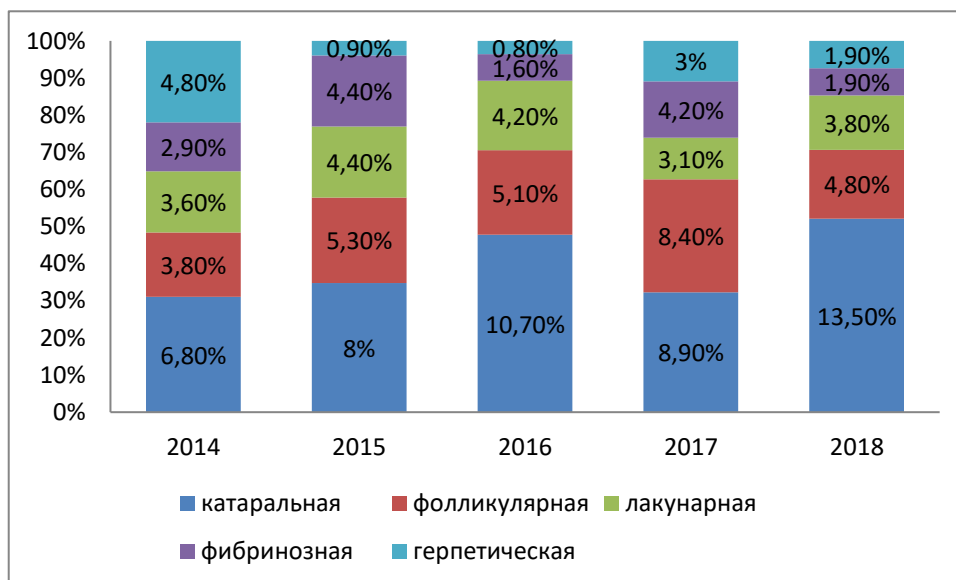


Рис. 2. Заболеваемость ангиной среди детей дошкольного возраста за период 2014-2018 гг.

Таким образом, можно сделать вывод, что преобладает количество больных, страдающих катаральной формой ангины. Увеличение заболеваемости наблюдалось в 2018 году.

Проанализировав статистические данные, можно сделать следующие выводы:

1. В ОГБУЗ “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4 города Белгорода за 2018 год наблюдается повышение заболеваемости ангин у детей.

2. Из всех случаев заболеваемости ангин у детей преобладает катаральная ангина

3. Большинство детей, заболевших ангиной – это дети от 5 до 7 лет.

2.3. Анализ анкетирования респондентов о знание ангин у детей и оценка работы медицинской сестры детской поликлиники №4

С целью изучения профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике ангин у детей были проведены исследования на базе “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4 Была составлена анкета, которая заполнена методом опроса. Анкета состоит из 14 вопросов, предназначенных выявить информированность родителей о заболевании и деятельность медицинских сестер в профилактике ангин у детей разной возрастной группы от 0 до 7 лет (Приложение 1).

В анкетировании приняли участие 30 респондентов – это родители, детей, страдающих ангинами. По итогам анкетирования сложилась следующая оценка того, что 15 респондентов – (50%) имеют полный состав семьи, а 15 респондентов – (50 %) имеют, не полный состав семьи из них 66% детей посещают детские коллективы, а 44% не посещают (Рис. 3).

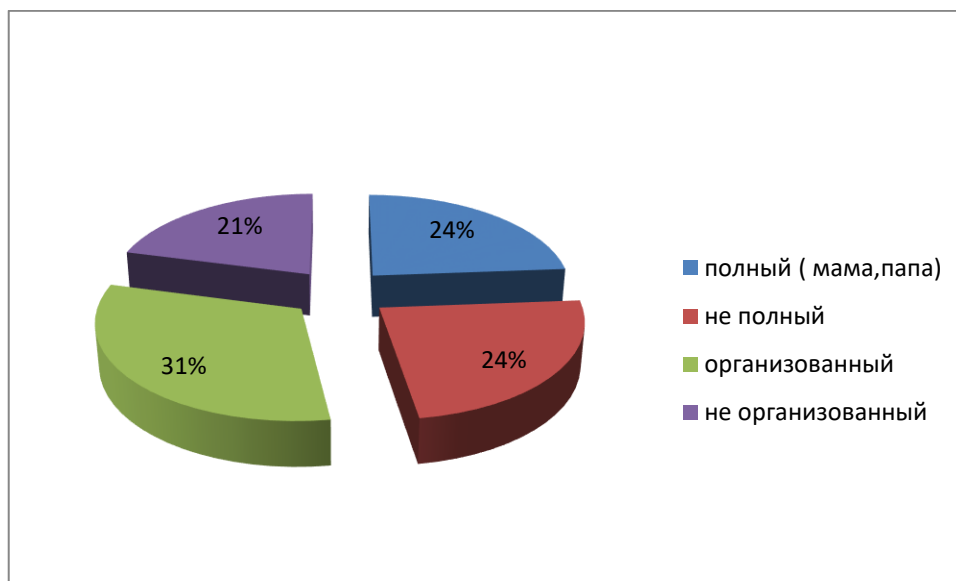


Рис. 3. Состав семьи ребенка дошкольного возраста

Исходя, из диаграммы можно сделать вывод, что 50% детей имеют полный состав семьи (маму и папу), что очень важно для детей дошкольного возраста, полная семья сможет обеспечить все необходимое для хороших

условий проживания. Смогут организовать качественный уход за ребенком. Также из диаграммы видно, что 66% детей посещают детские коллективы, это хорошо тем, что у ребенка формируется иммунитет к тем или иным заболеваниям которые он переносит в детстве, но в этом есть и свои недостатки один из них это то, что ребенок может часто переносить различные заболевания. Из этого следует, что медицинскому персоналу следует проводить беседы по закаливанию детей и поднятию иммунитета с родителями. 44% детей не посещают детские коллективы, это тоже для ребенка в таком возрасте плохо, за частую таких детей называют “ комнатными цветками ” которые чувствительные ко всем микробным организмам и за частую такие дети не формируют прочный иммунитет к некоторым детским заболеваниям также ребенок страдает многими другими проблемами.

Нами было исследовано 15 мальчиков и 15 девочек разных возрастных групп, что бы выяснить, кто чаще болеет ангиной мальчики, или девочки и в каком возрасте (Рис. 4).

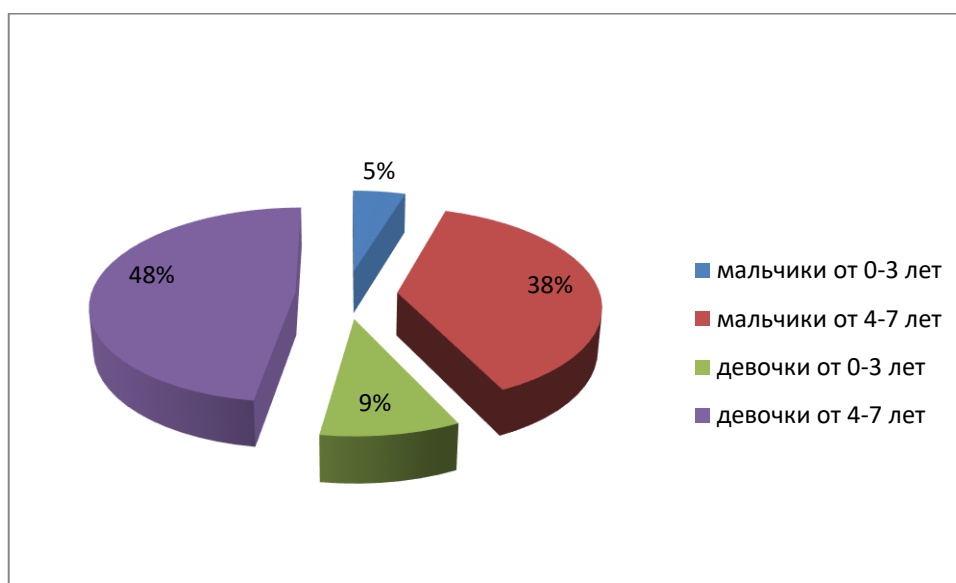


Рис. 4. Распределение респондентов страдающих ангиной по полу и возрасту

Из диаграммы можно сделать вывод, что мальчики возрастом от 0 до 3 лет болеют (5%) а девочек (9%). В то время в возрасте от 4 до 7 лет мальчиков болеет (40%) а девочек (50%) . Исходя, из диаграммы мы видим, что девочки в

любой возрастной категории болеют чаще мальчиков. Что может привести к серьезным последствиям со стороны сердечной системы, половой, костной и даже мочевыделительной.

Так же нами, было, исследовано знают ли респонденты о заболевании ангины, знают ли причину возникновения заболевания ангины у детей (Рис. 5).

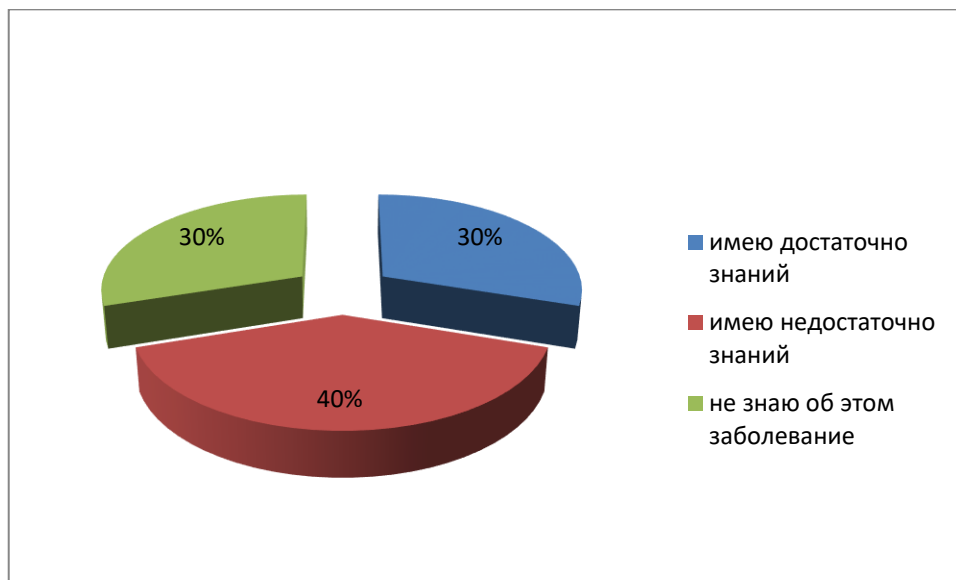


Рис. 5. Уровень знаний родителей пациентов о данном заболевании и причинах возникновения

Из диаграммы мы можем увидеть, что менее 12 респондентов (40%) имеют недостаточно знаний о заболевании ангины и причину их возникновения, а 9 респондентов (30%) вообще не знают об этом заболевании, что свидетельствует о плохой информированности их медицинским персоналом, следовательно, необходима, уделить больше времени просветительской работе.

Нами было исследовано, из каких источников респонденты получают информацию о данном заболевании у детей, где анализ данных показал, что:

10 респондентов – (54%) опрошенных получают информацию из интернет источников, 7 респондентов – (20%) получают информацию от медицинского персонала с помощью бесед, памяток и так далее, 6 респондентов – (13%) из медицинских журналов и книг, 7 респондента – (13%) от знакомых людей у которых уже была проблема у ребенка дошкольного возраста с ангиной (Рис. 6).

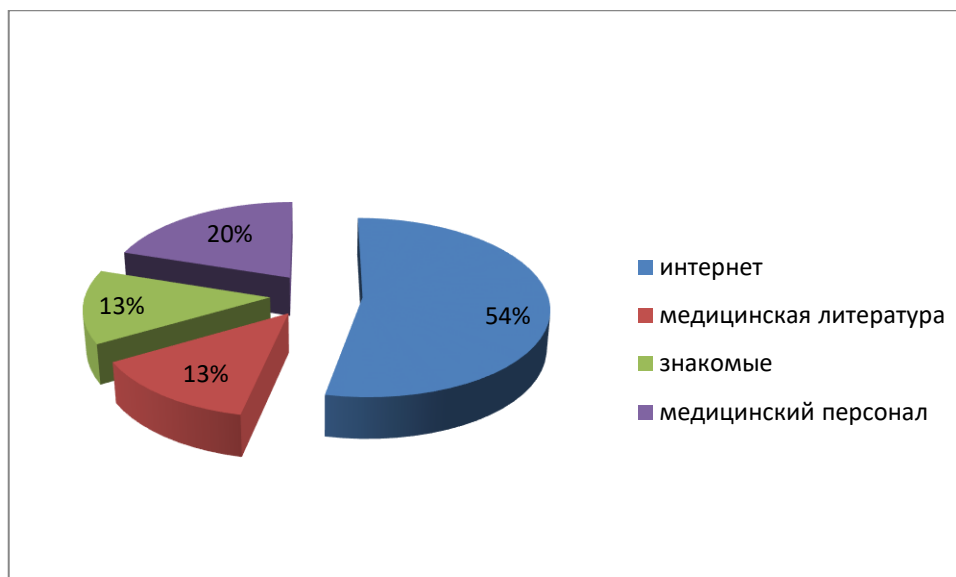


Рис. 6. Источники информации о данном заболевании

Из диаграммы можно увидеть, что родители детей, болеющих ангиной, получают недостаточное количество информации об их заболевании от медицинского персонала и прибегают к другим источникам.

Нами было исследовано, как часто дети болеют ангинами и болеют ли вообще, где анализ данных показал, что 18 детей – (60%) вообще не болели ангиной, 3 ребенка – (10%) болеют по сезону, 4 детей – (13%) болеют два раза в год, а 5 детей – (17%) болеют один раз в год (Рис. 7).

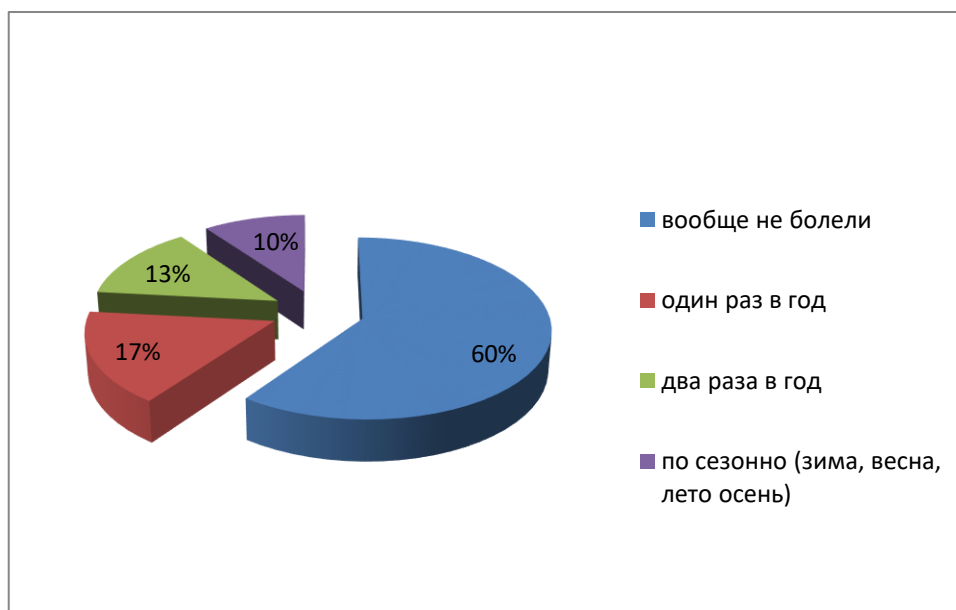


Рис. 7. Распределение респондентов по частоте заболеваемости ангинами

Из диаграммы можно сделать вывод, что 60% детей вообще не болели ангиной, но так же рассмотрев (Рис. 4) мы можем увидеть, что дети возраста от 0 до 3-х лет болеют реже это связано с особенностями строения ротовой полости. У детей такого возраста еще не сформированы миндалины. Оставшиеся 40% детей это дети старшего возраста от 4 до 7 лет, таким образом, мы можем сделать вывод, что чаще всего дети болеют один раз в год, так как у этих детей вырабатывается более стойкий иммунитет к заболеванию. При этом 13% детей страдают ангинами два раза в год, из этого можем сделать вывод, что родители не знают, как сохранить ребенку хорошую иммунную систему (Приложение 2).

Нами было исследовано, какие методы профилактики ангин используют родители детей дошкольного возраста. Рассмотрим, диаграмму мы можем увидеть, что 16 респондентов –(54%) используют для повышения иммунитета употребление в пищу 4-5 различных фруктов и овощей, а 6 респондентов – (20%) используют зарядку, а 4 респондентов - (13%) используют закаливание, и 4 респондентов – (13%) используют бассейн. (Рис. 8).

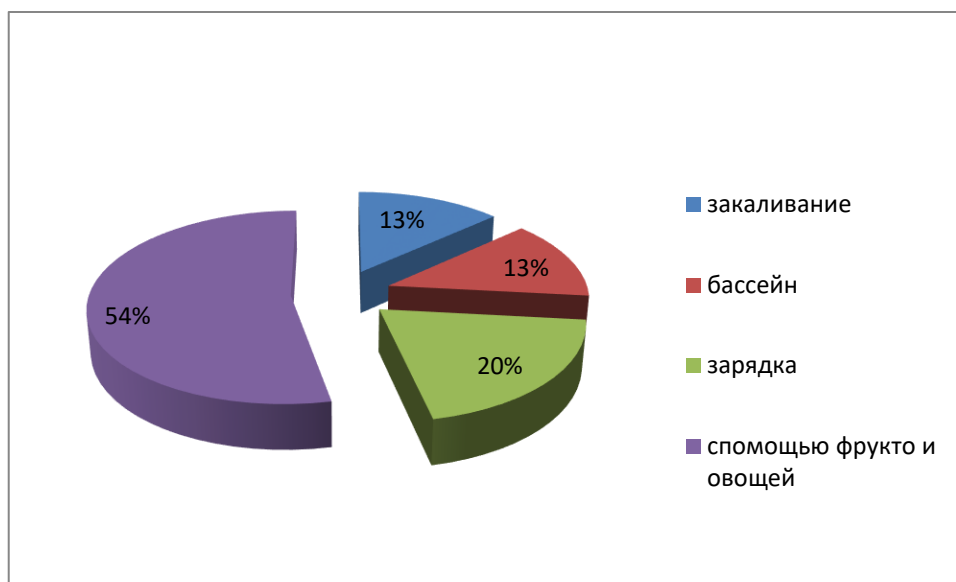


Рис. 8. Методы профилактики ангин используемые респондентами

Согласно проведённому исследованию мы видим чёткую направленность родителей на обогащение организма ребёнка витамина и минеральными веществами, а так же повышение активной физической деятельности по

средствам постоянной зарядки. Но большинство родителей не используют, закаливание как метод профилактики тем самым мы можем сделать вывод, что медицинский персонал плохо информирует о методах профилактики ангины.

Нами, было, исследовано обращаются родители к врачу или же занимаются лечением ангины без назначения врача, что может привести к серьезным последствиям и осложнениям. Для этого мы раздали анкеты, и выяснилось, что большинство людей на свой страх и риск занимаются самолечением без назначения врача, а малое количество родителей подходят к лечению ответственно и с появлением первых симптомов обращаться к врачу. Они понимают, что они несут ответственность за жизнь и здоровье ребенка, поэтому выполняют все назначения и рекомендации врача и медицинской сестры (Рис. 9).

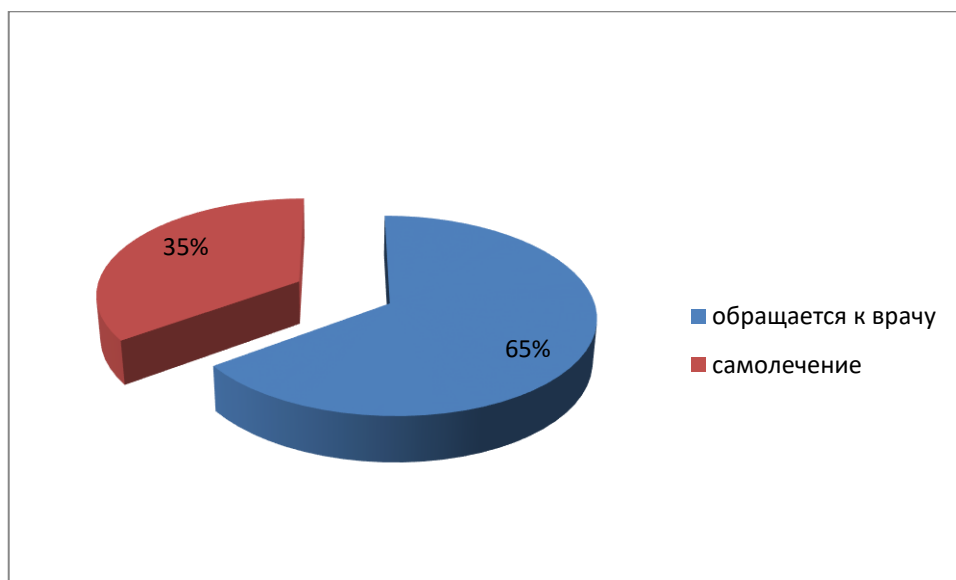


Рис. 9. Действия респондентов на возникновение заболевания

Из диаграммы можем сделать вывод, что 7 респондентов – (35%) занимаются самолечением, а 13 респондентов – (65%) обращаются к врачу за медицинской помощью, таким образом, медицинская сестра недостаточно информирует родителей о последствиях и опасности самолечения, так как еще достаточно высокий процент родителей занимаются самолечением.

Полученными нами данными мы можем увидеть, что 12 респондентов – (40%) не знают, к каким последствиям может привести осложненные ангины,

8 респондента – (27%) знают, чем опасны ангины, а 10 респондента – (33%) родителей считают, что нет никаких последствий после ангины (Рис. 10).

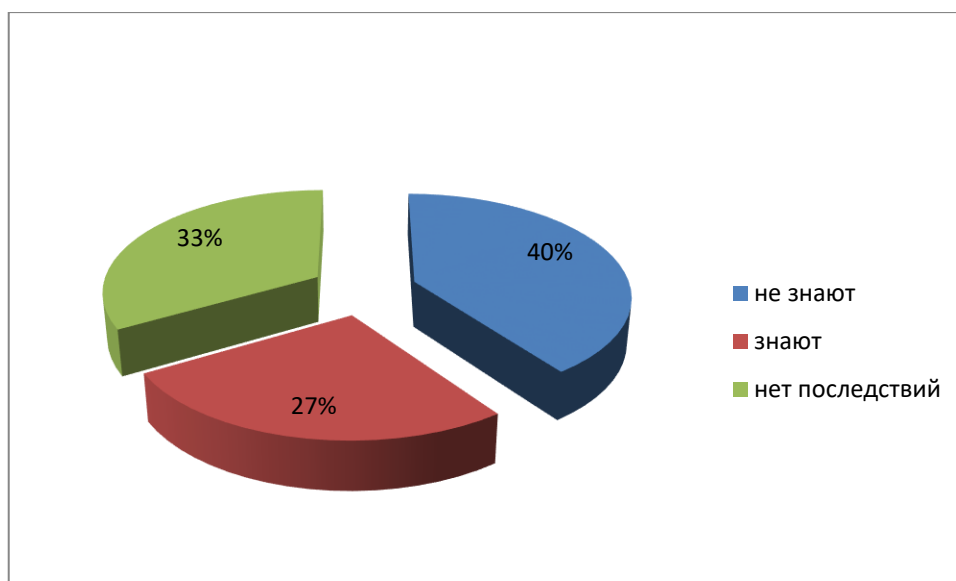


Рис. 10. Распределение респондентов по знаниям об осложнениях после ангины

Согласно проведенному исследованию, мы можем сделать вывод что 83% респондентов имеют недостаточно знаний о заболевании ангины у детей дошкольного возраста, что свидетельствует о том, что медицинский персонал не проводит беседы или памятки с родителями о последствиях после ангины, это значит что медицинскому персоналу следует больше внимания уделять просветительской деятельности родителей и их детей о последствиях после перенесенного на первый взгляд не тяжёлого заболевания.

Проводилась исследование по оценки профессиональной деятельности медицинской сестры “Детская областная клиническая больница” Детская поликлиника № 4. По итогам исследования результаты были таковы: 3 респондента – (10%) поставили оценку не удовлетворительно профессиональной деятельности медицинской сестры, 9 респондентов –(30%) поставили оценку удовлетворительно профессиональной деятельности медицинской сестры, 6 респондентов - (20%) оценили профессионализм медицинской сестры на хорошо, а 12 респондентов-(40%) оценили профессиональную деятельность медицинской сестры на отлично (Рис. 11).

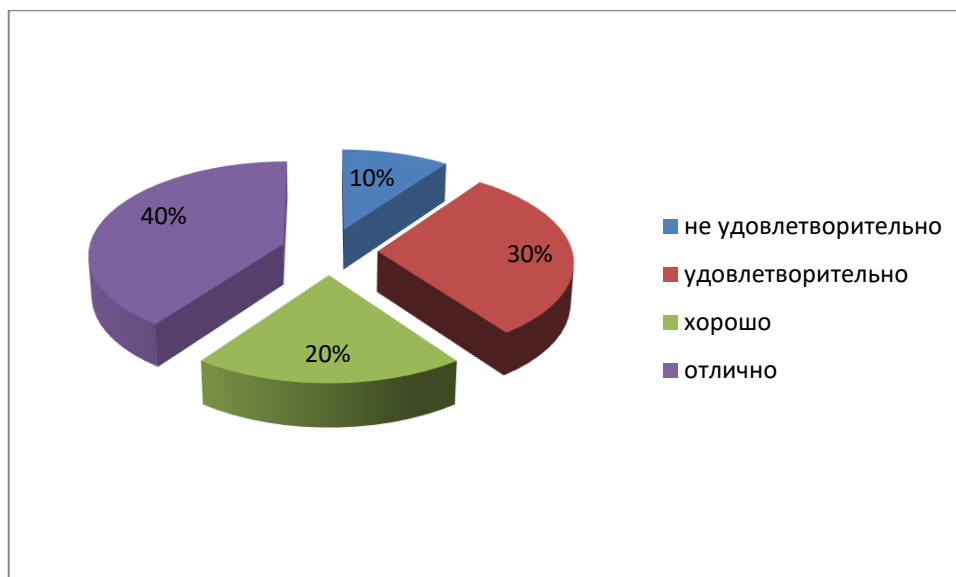


Рис. 11. Оценка респондентов уровню профессионализма медицинского персонала

Анализируя оценки респондентов об уровне профессионализма медицинских работников, можно отметить, что большинство опрошенных, а именно 40% удовлетворены работой медицинского персонала, оценили ее на отлично.

Таким образом, по итогам анкетирования, можно сделать выводы:

1. Дети, страдающие ангинами, и их родители получают недостаточное количество информации от медицинской сестры о данном заболевании.
2. Родители не знают о последствиях заболевания, не знают о важности мерах профилактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ангина - одно из наиболее распространённых заболеваний верхних дыхательных путей среди детей. При котором воспалительные изменения выражены преимущественно в небных миндалинах. Возбудителем ангин может быть различная флора, но чаще всего это стрептококки. Уход должен включать соблюдение постельного режима в острый период болезни. Роль медицинской сестры в профилактике ангин заключается в усиленной санитарно-просветительной работе среди родителей, подростков. Главным ее направлением является работа с родителями, а целью работы с ними является объяснить актуальность и важность данной проблемы. Из статистических данных наглядно видно, что число заболеваемости ангин у детей с каждым годом растет. Это связано с неосведомленностью родителей о правильном рациональном питании ребенка, закаливании и поздним обращением их в лечебные учреждения, а также с неблагоприятными условиями как окружающей, так и социальной среды.

При подозрении на ангину медицинская сестры должна направить ребенка к педиатру, чтобы он начал своевременное лечение. А значит, кроме санитарно-просветительной работы огромную роль в профилактике ангин играет ранняя диагностика заболевания.

Проанализировав все выше сказанное, мы можем выявить основные направления в деятельности медицинской сестры, направленные на профилактику ангины у детей дошкольного возраста и разработать ряд рекомендаций в помощь с целью улучшения качества профилактической работы:

1. В просветительской деятельности использовать различные методы, такие как: беседы, лектории, день здорового ребёнка
2. Применение печатных изданий, такие как брошюры и листовки.
3. Разработать памятку в помощь родителям о правильном проведении закаливания.

4. Проводит с детьми интерактивные просветительские мероприятия на тему здорового образа жизни

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арефьева, Н. А. Иммунокорректоры в лечении тонзиллита. – 2014. – 43-56.
2. Баиров, Г.А. Гнойная хирургия детей: Руководство для врачей / Г. А. Баиров, Л. М. Рошаль. – Л. : Медицина. – 2013. – 272 с.
3. Белов, Б. С. Острая ревматическая лихорадка: современное состояние проблемы / Б. С. Белов // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 12, № 6. – С. 418–421.
4. Богомолов, Б. П. Поражение ротоглотки при инфекционных болезнях / Б. П. Богомолов // Вестн. оториноларингологии. – 2015. – № 3. – С. 58–62.
5. Брико, Н. И. Заболеваемость населения Российской Федерации ревматическими болезнями сердца / Н. И. Брико, Д. А. Клейменов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2016. – № 2. – С. 4–7.
6. Жуховицкий, В. Г. Бактериологическое обоснование рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии / В. Г. Жуховицкий // Вестн. оториноларингологии. – 2014. – № 1. – С. 5–13. 56 ангины
7. Иванова, И. А. Хламидиоз у детей с преимущественным проявлением в виде респираторного заболевания / И. А. Иванова, С. И. Казакова // Русский медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 30–33.
8. Исаков, Ю. Ф. Сепсис у детей / Ю. Ф. Исаков, Н. В. Белобородова. – М. : Издатель Мокеев, 2013. – 369 с.
9. Ковалева, Л. М. Ангины у детей / Л. М. Ковалева, О. Ю. Лакотина. – Л. : Медицина, 2016. – 160 с.
10. Крюков, А. И. Стрептококковые заболевания глотки / А. И. Крюков, Н. Л. Кунельская, А. Б. Туровский // Русский медицинский журнал. – 2016. – Т. 14, № 27. – С. 1973–1977.
11. Кунельская В. Я. К вопросу о клинике, диагностике и лечении кандидозной ангины у детей / В. Я. Кунельская, К. Касимов // Вестн. оториноларингологии. – 2014. – № 4. – С. 50–52.

12. Лопатин, А. С. Антибактериальная терапия при острых инфекциях ЛОР-органов / А. С. Лопатин // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 12, № 2. – С. 94–98.
13. Ляшенко, Ю. И. Ангина / Ю. И. Ляшенко. – Л. : Медицина, 2015. – 152 с.
14. Морозова, С. В. Пенициллины в оториноларингологической практике / С. В. Морозова // Русский медицинский журнал. – 2016. – Т. 14, № 21. – С. 1552–1554.
15. Николаев, М. П. Рациональная антибактериальная терапия воспалительных заболеваний в оториноларингологии на современном этапе / М. П. Николаев // Русский медицинский журнал. – 2016. – Т. 14, № 22. – С. 1642–1644.
16. Новиков, В.Р. Новый метод лечения лептотрихоза ротоглотки / Н. Д. Челидзе [и др.] // Вестн. оториноларингологии. – 2015. – № 5. – С. 64–65.
17. Овчинников, Ю. М. Терапевтическая тактика при тонзиллите / Ю.М.Овчинников // Русский медицинский журнал. – 2015. – Т. 8, № 13–14. – С. 538–541.
18. Осадчев, Ю. А. Острая ревматическая лихорадка и А-стрептококковый тонзиллит: современное состояние проблемы, вопросы антибиотикотерапии / Б. С. Белов [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. – 2016. – Т. 45, № 4. – С. 22–27.
19. Павленко, И.Р. Ошибки в диагностике ангин / А. Л. Бондаренко [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013. – № 4. – С. 58–60. Учебное пособие для студентов 57с.
20. Пантапов, С.О. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 960 с.
21. Пальчун, В. Т. Целесообразность и эффективность антибактериальной терапии в ЛОР-практике / В. Т. Пальчун, Л. А. Лучихин // Вестн. оториноларингологии. – 2016. – № 3. – С. 27–30.
22. Полякова, Т. С. Роль хламидийной и микоплазменной инфекции в

этиологии заболеваний ЛОР-органов / Т. С. Полякова, С. В. Нечаева, А. М. Поливода // Вестн. оториноларингологии. – 2014. – № 1. – С. 24–27.

23. Полякова, Т. С. Роль и место Фромилида (кларитромици- на) в терапии острых бактериальных заболеваний ЛОР-органов / Т. С. Полякова, А. В. Гуров // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 12, № 21. – С. 1191–1192.

24. Руднев, С. И. Руководство по оториноларингологии / под ред. И. Б. Солдатова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2015. – 608 с.

25. Сергеев, А. Ю. Грибковые инфекции / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. – М. : Триада-Х, 2013. – 472 с.

26. Сидоренко, С.В. Тонзиллофарингит: вопросы диагностики и антибактериальной терапии / С. В. Сидоренко, И. А. Гучев // Consilium Medicum. Инфекции и антимикробная терапия. – 2013. – № 4. – С. 35–38.

27. Туровский, А. Б. Антибактериальная терапия заболева- ний ЛОР-органов в амбулаторных условиях / А. Б. Туровский, М. Н. Шубин // Вестн. оториноларингологии. – 2013. – № 5. – С. 70–71.

28. Ушкова, Г.И., Условия жизни и здоровье населения Р.Ф/ Я. А. Лещенко [и др.] //Москва: ВСНЦ СО РАМН. – 2014. – 224 с.

29. Чумаков, Ф. И. Наблюдение инфекционного мононуклеоза (моноцитарной ангины) / Ф. И. Чумаков // Вестн. оториноларин- гологии. – 2013. – № 3. – С. 50–51.

30. Эрман, М. В. Нефрология детского возраста в схемах и таблицах. Справочное руководство / М. В. Эрман. – СПб. : Специальная литература. – 2017. – 414 с.

31. <http://medobook.com/5376-lechenie-anginy-u-detey.html>

32. <http://medobook.com/5376-lechenie-anginy-udetey.html>. Лечение ангины у детей.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА**«Оценка уровня информированности родителей в вопросах профилактики ангин у детей»****Уважаемый(ая) Респондент!**

Просим вас принять участие в анкетирование родственников для выявления осведомленности о путях заражения и мерах профилактики детей при заболевании ангин у детей дошкольного возраста.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий вашу точку зрения.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить уровень профессиональной деятельности медсестер и определить мероприятия по повышению профилактики ангин.

1. Ваш состав семьи?
 - А) полный (мама, папа)
 - Б) не полный
2. Какого пола ваш ребенок?
 - А) мальчик
 - Б) девочка
3. Укажите возраст вашего ребенка?
 - А) _____
4. Организованный ваш ребёнок?
 - А) да (детские коллективы)
 - Б) нет
5. Знаете ли вы о заболевании «ангина»?
 - А) Имею достаточно знаний
 - Б) Имею недостаточно знаний
 - В) Не знаю об этом заболевании

6. Из каких источников Вы получаете информацию о данном заболевании?
- А) Интернет
 - Б) Медицинский персонал
 - В) Медицинская литература
 - Г) Знакомые
7. Знаете причину возникновения ангин?
- А) да
 - Б) нет
8. Ваш ребенок болел когда-либо ангиной?
- А) да
 - Б) нет
9. Как часто ваш ребенок болеет ангиной?
- А) один раз в год
 - Б) два раза в год
 - В) по сезонно (зима, весна, лето, осень)
10. Какие методы профилактики ангины вы используете?
- А) закаливание (воздушные или водные закаливание и др.)
 - Б) бассейн
 - В) зарядка
 - Г) повышение иммунитета при помощи употребления в пищу 4-5 различных фруктов или овощей.
11. При возникновении заболевания обращаетесь к врачу?
- А) да
 - Б) нет
12. Когда-нибудь занимались лечением ангин без назначения врача?
- А) да
 - Б) нет
13. Знаете ли вы какие осложнения может вызвать ангина?
- А) Да

Б) нет

14. Ваша оценка профессионализма мед. сестры детской поликлиники

А) не удовлетворительна

Б) удовлетворительна

В) хорошая

Д) отличная

Рекомендации для родителей

Родителям, чьи детки с соматическими болезнями зачастую переживающие психические проблемы имеют все шансы помочь последующие рекомендации:

1. Информация должна являться дозированной, она должна передаваться постепенно, для того чтобы дитя привыкал к новым обстоятельствам болезни и лечения.
2. При беседе с ребенком о его заболевании и манипуляциях связанных с ней родители не проявляйте переживания, разговариваете уравновешенным, решительным голосом. В случае если родитель спокоен, это умиротворение передается и ребенку.
3. Перед ребенком необходимо устанавливать близкие и достижимые цели в излечении и стараться к их исполнению.
4. Никак не дурачьте детей пред болезненными манипуляциями, что будет не больно. Разъясните, для чего это необходимо.
5. Сыграйте с ребенком в врача. Обзаведитесь медицинскими игрушками.
6. Используйте сказкотерапию (читайте сказки относительно докторов и лечения). К примеру «Про бегемота, который боялся прививок», «Птичка Тари».
7. Приводите в пример детей, которые не плачут. Берите с собою обожаемых членов семьи малыша с целью поддержки.
8. Отвлекайте ребенка, расхваливайте его.