

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа

**Студентки очной формы обучения
специальность 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051580
Логачевой Ольги Ивановны**

Научный руководитель
Преподаватель Кумаргей И.Ф.

Рецензент
Врач-пульмонолог, пульмонологическое
отделение ОГБУЗ « Детская областная
клиническая больница»
Штепа Е.И.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	6
1.1. Бронхиальная астма у детей: медико-социальный аспект. Развитие и значимость сестринского процесса	6
1.2 Клиническая картина бронхиальной астмы, особенности ее развития у детей.....	10
1.3. Сестринский процесс при бронхиальной астме у детей. Особенности лечения бронхиальной астмы у детей	11
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	20
2.1. Анализ статистических данных распространенности бронхиальной астмы в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»	20
2.2. Исследование роли среднего медицинского персонала в лечении детей с бронхиальной астмой	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма – проблема мирового масштаба. От этого серьезного заболевания страдают люди всех возрастов и во всех странах мира. У детей она развивается с большей вероятностью, чем у взрослых, но первый приступ может возникнуть в любом возрасте. Большинство медицинских работников, так или иначе имеют дело с больными бронхиальной астмы. Бронхиальная астма у детей обычно развивается в раннем детстве, и является второй по распространенности болезнью системы дыхания у человека после обструктивной болезни легких.

Актуальность данного исследования predetermined отмеченной за последние годы во всем мире, в том числе и в России, тенденцией к увеличению заболеваемости бронхиальной астмой и к её более тяжелому течению. По данным МИАЦ за 2017 г заболеваемость бронхиальной астмой в Российской Федерации встречается у 951982 детей, по Белгородской области 3274 детей. Наибольшая заболеваемость отмечается в Старооскольском, Губкинском и Белгородском районах, что связано с экологической ситуацией в регионе, большой скученностью людей и климатическими условиями. [12]

С учетом этого был сделан выбор темы исследования: «Профессиональная деятельность медицинской сестры при бронхиальной астме у детей», проблема которого может быть сформулирована следующим образом: какова роль медицинского персонала в организации сестринской помощи детям с бронхиальной астмой.

В последние десять лет ВОЗ предприняла целый ряд инициатив в разработке глобальной стратегии по борьбе с бронхиальной астмой.

В настоящее время бронхиальную астму у детей рассматривают как хроническое заболевание, основу которого составляют аллергическое воспаление дыхательных путей. Необходимо подчеркнуть, что эти программы ВОЗ оказались одними из наиболее эффективных. [15, с.48] В настоящее время она используется как позитивная модель в решении вопросов профилактики и

лечения и других заболеваний, и не только системы дыхания. Эта инициатива ВОЗ исходила из того факта, что бронхиальная астма является нарастающей проблемой. За исторически очень короткий отрезок времени эта болезнь вошла в число наиболее часто регистрируемых хронических заболеваний у детского возраста.

Объект исследования: медицинская помощь при бронхиальной астме у детей.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в уходе за пациентами детского возраста, страдающими бронхиальной астмой.

Цель исследования: проанализировать профессиональную деятельность медицинской сестры при уходе за детьми с бронхиальной астмой.

Задачи исследования:

1. Ознакомиться с основными этиологическими признаками развития бронхиальной астмы у детей; изучить патогенез заболевания детей с бронхиальной астмой;
2. Рассмотреть клиническую картину заболевания бронхиальной астмы у детей;
3. Проанализировать работу медицинской сестры при уходе за детьми с бронхиальной астмой;

Методы исследования:

- научно-теоретическая оценка списка источника и периодических изданий по теме исследования;
- организационный метод;
- социологические: анкетирование, интервьюирование.

Гипотеза: сестринская помощь при бронхиальной астме будет эффективной, если в практическом здравоохранении будут реализованы мероприятия по контролю и адекватному лечению, которые будут способствовать улучшению состояния ребенка.

Теоретическая значимость состоит в выявлении особенностей течения бронхиальной астмы и особенностей лечения детей.

Практическая значимость: Результаты данной работы направлены на практическое применение полученной информации в профессиональной деятельности медицинской сестры с целью грамотной организации сестринского ухода за детьми, страдающими бронхиальной астмой.

Структура работы: курсовая работа выполнена на 54 страницах текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав статистических данных, заключения, списка используемых источников и литературы и приложений. Работа содержит 16 рисунков и 2 таблицы. Библиографический список литературы содержит 16 источников.

База исследования: ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»
2019 г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

1.1. Бронхиальная астма у детей: медико-социальный аспект

Бронхиальная астма – заболевание, характеризующееся обратимой обструкцией дыхательных путей, вызванной их воспалением и гиперреактивностью. Бронхиальная астма является наиболее распространенным во всем мире заболеванием, представляющим значительную социальную проблему, как для детей, так и для взрослых. Чаще ею болеют мальчики, нежели девочки (6% по сравнению с 3,7%), однако с наступлением пубертатного периода распространенность заболевания становится одинаковой у обоих полов. Бронхиальная астма возникает во всех странах, независимо от уровня развития, но ее распространённость различается между популяциями даже внутри одной страны. Бронхиальную астму чаще наблюдают у городских жителей, чем у сельских. [9, с.116]

Еще в древней Греции врачи использовали слово «астма» для описания одышки или затрудненного дыхания. Они полагали, что астма появляется в результате внутреннего дисбаланса, который может быть восстановлен здоровым питанием, была получена из внутренних несоответствий, которые могли быть восстановлены здоровой диетой или сменой образа жизни. [8, с.7]

Современное слово астма получено из греческого слова «*raños*», которое означает одышка. Китайские целители называли астму словом «*xiao-chiran*» или "хрипящее дыхание", которое связывали с неустойчивостью или нарушением жизненных сил, коротко обозначив его словом *qi*. Они пытались лечить бронхиальную астму «*qi*» с помощью трав, иглоукалывания, массажа, диеты и физических упражнений. [7, с.78]

Индийские философы объединяли душу и дыхание в единое целое, и расценивали это как связь мысли, тела и духа, и с помощью йоги и контроля дыхания старались помочь пациентам с бронхиальной астмой.

С древних греко-римских времен до середины 18-го столетия прошлого тысячелетия очень популярна была теория баланса "четырёх физиологических жидкостей". Согласно этой теории, 4 физиологические жидкости – кровь, черная желчь, желтая желчь и мокрота всегда должны быть в балансе. Избыток любого из этих компонентов вызывал развитие определенного вида заболевания. При астме, которая характеризовалась появлением кашля и избыточного количества мокроты (phlegm), возникал дисбаланс мокроты и таких пациентов соответственно называли «флегматиками».

К 1800 году, после изобретения стетоскопа, врачи, описав ряд приступов удушья, объединили их из-за схожести в одну болезнь, которую затем и назвали бронхиальной астмой. Однако, пациенты по-прежнему отдавали предпочтение традиционным методам лечения, таким как кровопускание, лечение травами и табакокурение. В то время эти методы лечения использовались и при других болезненных состояниях, включая бронхиальную астму, более того, многие из них активно пропагандировались самими врачами вплоть до начала 19-го века по сути являясь абсолютно бесполезными. И лишь в 1892, известный канадо-американский врач сэр Уильям Ослер озвучил важную роль системного воспаления в механизме развития бронхиальной астмы.[8, с.9]

Бронхорасширяющие препараты или бронходилататоры впервые появились в 1930-ых годах и были улучшены в 1950-ых за счет уменьшения побочных эффектов. И спустя некоторое время в клинической практике стали использовать кортикостероиды, препараты, активно применяемые при лечении системного воспаления, которые в дальнейшем стали ключевой группой препаратов для лечения бронхиальной астмы. [16, с.102]

За последние 20 лет распространенность этого заболевания заметно возросла, особенно среди детей. Это заболевание, начавшись у детей, в

большинстве случаев продолжается у взрослых, являясь причиной профессиональных ограничений, инвалидности, а в ряде случаев и смертельных исходов. Высокая распространенность и социально-экономическое влияние бронхиальной астмы на жизнь общества и каждого пациента обуславливают необходимость предупреждения и своевременного выявления факторов риска, адекватность проводимой терапии, профилактики обострений заболевания. И в этом большая роль отводится медицинской сестре. Поэтому изучение сестринского ухода при бронхиальной астме у детей является актуальным.

Знание особенностей течения бронхиальной астмы у детей позволит предупредить развитие заболевания у взрослых, что уменьшит осложнение и летальный исход. [4, с.82]

Способствующие факторы развития и обострения бронхиальной астмы у детей:

- аллергены (аллергены животных, домашняя пыль и др.);
- инфекция верхних дыхательных путей;
- медикаменты (аспирин, адреноблокаторы);
- факторы внешней среды (изменение погодных условий);
- генетический фактор.

Развитие бронхиальной астмы у детей обусловлено генетической предрасположенностью и факторами окружающей среды. Выделяют три основные группы факторов, способствующих развитию заболевания:

1. предрасполагающие (отягощенная аллергическими заболеваниями наследственность, атопия, бронхиальная гиперреактивность).
2. причинные, или сенсibiliзирующие (аллергены, вирусные инфекции, лекарственные средства).
3. вызывающие обострение (так называемые триггеры), стимулирующие воспаление в бронхах или провоцирующие развитие острого бронхоспазма (аллергены, вирусные и бактериальные инфекции, холодный воздух, табачный дым, эмоциональный стресс, физическая нагрузка, метеорологические факторы и др.) [3, с.97].

В зависимости от вида аллергена, вызвавшего сенсibilизацию организма (инфекционный или неинфекционный). различают три формы бронхиальной астмы:

-атопическая (аллергическая);

-инфекционно-аллергическая (обязательное присутствия хронического очага инфекции);

-смешанная.

При выявлении сенсibilизации как к инфекционным, так и к неинфекционным аллергенам говорят о смешанной форме заболевания.

Преобладающей формой бронхиальной астмы у детей является атопическая астма. Аллергеном чаще всего становится домашняя пыль, пыльца растений, шерсть животных. В ряде случаев бронхиальной астме сопутствует пищевая аллергия, особенно у детей первых лет жизни.[2,с.54]

Многие дети плохо переносят низкие температуры, бытовую химию и табачный дым. Кроме того, вирусные заболевания резко повышают чувствительность бронхов к разнообразным раздражителям.

Пыльцевую бронхиальную астму вызывают аллергены цветущих деревьев, кустарников, злаковых. У некоторых детей приступы удушья могут быть обусловлены различными лекарственными средствами (например, антибиотиками, особенно пенициллинового ряда, сульфаниламидами, витаминами, ацетилсалициловой кислотой). Несомненна роль сенсibilизации к промышленным аллергенам.[14, с.132]

В настоящее время возрастают роль и значение медицинской сестры вместе с общим развитием и совершенствованием медицинской науки. Средний медицинский персонал должен обладать все более сложными медицинскими, педагогическими, психологическими, техническими познаниями и навыками.

1.2. Клиническая картина бронхиальной астмы, особенности ее развития у детей

Бронхиальная астма — это заболевание, при котором повышается возбудимость и реактивность бронхов, что приводит к их отеку и спазму, и в результате возникает затруднение дыхания.

Приступы удушья чаще развиваются ночью или в предутренние часы и начинаются с мучительного кашля с трудно отходящей мокротой. Появляется одышка, для которой характерен затрудненный выдох. В легких прослушиваются разнообразные сухие и влажные хрипы. [5, с.74]

У больного ребенка синеют губы, он принимает вынужденную позу, пытаясь облегчить свое состояние, в дыхании участвуют вспомогательные мышцы. Такими симптомами характеризуется развернутый приступ бронхиальной астмы.

Тяжёлый приступ сопровождается выраженной одышкой (ребёнок с трудом говорит, не может есть) с ЧДД более 50 в минуту (более 40 в минуту у детей старше 5 лет), ЧСС более 140 в минуту (более 120 в минуту после 5 лет), парадоксальным пульсом, участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (у грудных детей эквивалент участия вспомогательной мускулатуры - раздувание крыльев носа во время вдоха). Положение ребёнка в момент астматического приступа вынужденное (ортопноэ, нежелание лежать).[6, с.27]

Отмечают набухание шейных вен. Кожные покровы бледные, возможны цианоз носогубного треугольника и акроцианоз. Аускультативно выявляют свистящие сухие хрипы по всем полям лёгких, у детей раннего возраста нередко бывают разнокалиберные влажные хрипы (так называемая «влажная астма»). Пиковая объёмная скорость выдоха (ПОС) составляет менее 50% возрастной нормы.

В общем анализе крови характерна эозинофилия. В мокроте обнаруживают пласты и гранулы эозинофилов, вытесненные из разрушенных

клеток (кристаллы Шарко- Лейдена). В крови повышен уровень иммуноглобулинов E.

К признакам, угрожающим жизни, относят цианоз, ослабление дыхания или «немое» лёгкое, ПОС менее 35%.

Для выявления специфического аллергена в межприступный период проводят кожные пробы с аллергенами. При необходимости- провокационные пробы.[7, с.99]

Тяжесть течения астмы (лёгкая, среднетяжелая, тяжёлая) оценивают исходя из клинических симптомов, частоты приступов удушья, потребности в бронхолитических препаратах и объективной оценки проходимости дыхательных путей.

Клиническая классификация бронхиальной астмы:

Легкая – симптомы появляются реже 1 раза в месяц, короткие приступы (часы-дни). Ночные симптомы возникают редко или отсутствуют. ПОС или ОФВ, >80% должного, вариабельность ПОС 20-30%.

Среднетяжелая - симптомы появляются 3-4 раза в месяц, ночные симптомы 2-3 раза в неделю, ПОС или ОФВ, >60% и <80% должного, вариабельность ПОС >30%

Тяжёлая – симптомы появляются несколько раз в неделю, тяжёлые приступы, астматические состояния, частые ночные симптомы, ПОС или ОФВ, <60% должного, вариабельность ПОС >30

1.3. Особенности лечения бронхиальной астмы у детей

Лечение бронхиальной астмы – сложный, трудоемкий процесс, требующий комплексного и индивидуального подхода. Дозы лекарств, курс лечения, длительность приема препаратов подбирает врач. [10, с.134]

К сожалению, течение бронхиальной астмы хроническое, и в большинстве случаев препараты, предлагаемые для лечения, дают временный и нестойкий результат. К тому же, проявляются побочные действия этих

препаратов: привыкание, дисбактериоз, аллергические реакции, нарушение функций желудочно-кишечного тракта, печени, почек, обмена веществ, сердца, тахикардия, повышение давления и др. Бывает, что ребенок испытывает страх возникновения приступа и самовольно превышает дозу бронхорасширяющего препарата в десятки раз, что может спровоцировать астматический статус.

Дети, болеющие бронхиальной астмой, часто пользуются ингаляторами. (Приложение 2) Вдыхаемый препарат может быть в виде аэрозоля или в виде мельчайшего порошка. Ингаляционно вводятся расширяющие бронхи препараты, гормональные лекарства и др. Однако, когда больной ребенок вдыхает лекарство из баллончика-ингалятора, до его бронхов доходит всего 10-20 % лекарства. Большая часть препарата оседает в пути, на задней стенке глотки. К тому же дети, особенно маленькие, плохо понимают указания и могут неправильно и неэффективно вдыхать лекарство из баллончика. Применяют такие препараты, как Беродуал и Атровент. Эти медикаменты относятся к группе бронхолитических препаратов, так называемых м-холиноблокаторов. Они предназначены для ингаляций при развитии бронхоспастического синдрома, предупреждения и устранения затрудненного дыхания и острого удушья. Атровент выпускается в виде аэрозоля и раствора для ингаляций. Аэрозоль – перед использованием баллончик встряхнуть. Взрослым и детям с 6-летнего возраста впрыскивать в рот по 2 дозы до 4 р. в день. В сутки вводить не более 12 доз. Раствор для ингаляций детям до 6 лет – по 0,4-1 мл от 3 до 4 р. в день (максимально – 4 мл), с 6 до 12 лет – по 1 мл 3-4 р. в сутки, пациентам старше 12 лет – по 2 мл 3 — 4 р. (не более 8 мл в день). Перед ингаляцией предписывается разбавить разовую порцию препарата 0,9 % раствором хлорида натрия в количестве 4 мл и заполнить этим раствором небулайзер. [4, с.42]

Беродуал для ингаляций - препарат в аэрозольной упаковке запрещено применять детям до 6 лет. Остальным категориям пациентов следует впрыскивать необходимое количество доз в рот: ребенку 6-12 лет по 1 разовой дозе, детям старше 12 лет – по 2 дозы. Нельзя использовать больше 2 доз для ребенка на протяжении 3 часов. Беродуал в растворе следует использовать

только в небулайзере. Разрешено использовать его детям младше 6 лет. Пропорции для ингаляций: малыши до 6 лет — по 5 кап., с 6 до 12 лет – по 10 кап. (0,5 мл). Старше 12 лет: при приступе астмы — по 20 кап (1 мл), при тяжелой форме бронхоспазма – по 50 кап. (2,5 мл). Препарат следует развести в 4 мл физраствора. Максимальная суточная доза для младенца – 10 кап., для ребенка – 40 кап. При наличии противопоказаний к приему Беродуала можно использовать такие аналоги для ингаляций: Серетид, Биастен, Дитек, Интал Плюс, Ипрамол Стери-Неб. [5, с.82]

Для улучшения процесса вдыхания препарата используют специальные приспособления: спейсеры, небулайзеры систему «легкое дыхание» и другие. В обязанность медицинской сестры входит обучение ребенка или его родственников правилам использования ингаляторов.

Очень часто от скорости и грамотности оказания помощи может зависеть жизнь детей, особенно при тяжелой степени приступа. Поэтому родителям детей, которые страдают астмой важно знать, что делать до приезда скорой помощи. Для оказания помощи они обязательно должны приобрести и уметь пользоваться небулайзером и аэрозольным ингалятором. Важно! Во время приступа средней и тяжелой степени тяжести нужно вызывать врача, поскольку неотложная помощь поможет только на время облегчить состояние здоровья. [7, с.106]

Неотложная помощь при приступе БА:

1. Немедленно вызвать скорую помощь (при тяжелом приступе).
2. Устранить действие аллергена (если он известен).
3. Обеспечить свободное дыхание, для этого расстегнуть ворот или снять одежду, которая сжимает шею.
4. Воспользоваться ингалятором (если он есть). Применять его можно по несколько раз через каждые 20 минут. Для ингаляций подойдут бронхорасширяющие препараты, такие как Атровент, Вентолин, Беротек.
5. Открыть окно, чтобы обеспечить приток свежего воздуха.

6. Помочь ребенку принять правильное положение: сидя или стоя, упираясь руками в любую поверхность. Это стимулирует дыхательную активность.

7. Успокоить ребенка, проконтролировать, чтобы он дышал ровно.

Купировать легкий приступ можно при помощи горячей ванны для рук и ног. В момент приступа, главное не паниковать родителям, ведь это заставит волноваться детей и усугубит нехватку воздуха. В аптечке в семьях, где дети страдают бронхиальной астмой, всегда должны быть бронхорасширяющие препараты. [9, с.125]

При средней степени тяжести до приезда скорой помощи ребенку нужно медленно в течение 10 минут ввести внутривенно Эуфиллин 2,4%, разведенный раствором натрия хлорида в дозе 4-5 мг/кг. Если это невозможно, то хотя бы нужно сделать ингаляцию Беродуала в двойной дозе. В течение 20 минут должно наступить облегчение. Важно знать, что раствор Эуфиллина детям можно использовать только для внутривенного введения и только по назначению врача.

Во время приступа теряется большое количество жидкости. Чтобы не допустить обезвоживания, ребенку нужно постоянно давать пить воду небольшими порциями. Родителям нужно знать, что действовать во время приступа любой тяжести нужно незамедлительно. Своевременное оказание помощи поможет свести к минимуму вероятность развития осложнений, таких как астматический статус, который можно лечить только в больнице.

Так же фитотерапия играет положительную роль в профилактике приступов бронхиальной астмы, удлинении межприступного периода, сокращения побочных эффектов от препаратов. Этот метод прекрасно дополняет традиционное медикаментозное лечение, повышая его эффективность. [3, с.102]

Также применяют различные фитосборы.

Фитосбор № 1

трава багульника – 5 частей,

листья крапивы – 3 части,
листья мать-и-мачехи – 2 части.

Фитосбор № 2:

корни солодки голой – 4 части,
корни девясила высокого – 4 части,
трава багульника болотного – 12 частей,
листья крапивы – 6 частей,
листья мать-и-мачехи – 10 частей.

Правила приготовления лекарственных отваров.

В эмалированной посуде на ночь залить 4 ст. л. сбора 1 л холодной воды, закрыть крышкой и оставить настояться. Утром кипятить на медленном огне в течение 7-10 минут от начала закипания, настоять 1-2 часа, отжать. Принимать в теплом или горячем виде, добавив 1 ст. л. молока, 5-6 раз в день. Отвар не хранят и ежедневно готовят новый. [4, с.91]

Дозы:

- детям до года – 1 ст. л.;
- детям 1-3 лет – 2 ст. л.;
- детям 3-10 лет – 3 ст. л.;
- детям 10-12 лет – по 50 мл;
- детям старше 12 лет — по 1/2 стакана

Лекарственные фитосборы № 1 и № 2 чередуют каждые 3-4 недели. Принимают длительно. [3, с.104]

Питание также должно быть скорректировано. Главный принцип, который преследует диета, заключается в исключении из рациона питания продуктов, способных вызвать или усилить аллергию. Она не должна содержать продукты, в состав которых входят тирамин и гистамин. На эти вещества организм особо остро реагирует. Не рекомендуется давать детям (на любой стадии болезни, даже в период “затишья”) такие продукты как сыр (твердые сорта), говяжью колбасу и квашеную капусту, а также копчености и

консервы. Именно здесь сконцентрирован большой объем аллергенов-провокаторов. У детей с бронхиальной астмой, пища не должна быть соленой, также не стоит готовить для ребенка блюда с различными специями и приправами. Ведь они способствуют более быстрому циркулированию вредных веществ по крови. [4, с.94] Определяясь с рационом, очень важно выявить аллерген. У детей старшего возраста сделать это гораздо сложнее в силу многообразного меню. А вот с малышами первого года все намного проще, ведь прикорм вводится поэтапно, и определить, а также устранить из детского меню аллерген довольно просто. Задача диеты – привести в норму обменные процессы, облегчить симптоматику заболевания, а также не допустить новых приступов. Она подразумевает пополнение организма всеми обязательными питательными веществами. При этом пищу необходимо обрабатывать на пару или запекать. Тушение допустимо, а вот жарка категорически запрещена. Лечебный стол проходит под девизом «дробного» и частого приема пищи (до 5 раз в сутки), что лучшим образом воздействует на все обменные процессы. [3, с.105] Чтобы дети получали полноценное и сбалансированное питание, врачи рекомендуют на регулярной основе употреблять в пищу такие продукты как:

- говядину, а также мясо кролика и индюшки;
- овощи, приготовленные всевозможными способами (капуста белокочанная и цветная, огурец, картофель, кабачок)
- фрукты (яблоко, груша);
- каши (особенно овсяная);
- масла растительного происхождения и сливочное;
- кисломолочные нежирные продукты;
- компот, отвары из сухофруктов и негазированную минеральную воду.

Придерживаясь такой диеты, организм ребенка будет пополняться нужными витаминами и микроэлементами посредством овощей и фруктов, а употребление различных масел обеспечит восполнение ненасыщенных жирных кислот.

Используют физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, массаж, иглорефлексотерапию, закаливание, лечение горным воздухом, санаторно-курортное лечение (особенно полезно высокогорье с разреженным воздухом, Приэль-брусье, Кисловодск, Южный берег Крыма) и др.[2, с.58]

Лечебная физкультура при бронхиальной астме у детей включает использование общеукрепляющих физических методов воздействия (гимнастика, ходьба, бег, игры, плавание, лыжи), специально подобранных упражнений, направленных на восстановление нарушенных в ходе заболевания функций дыхательного аппарата и других органов. К факторам физического воздействия, используемым для реабилитации больных бронхиальной астмой, относится массаж [6, с.75].

Важное значение имеют дыхательные упражнения, направленные на устранение патологических изменений со стороны бронхолегочного аппарата. Регулярные занятия дыхательными упражнениями способствуют развитию дыхательных мышц, улучшают подвижность грудной клетки, расслабляют гладкую мускулатуру бронхов. Занятия дыхательной гимнастикой при развитии бронхиальных заболеваний оказывают максимально положительное воздействие на состояние больного, вопреки бытующему мнению о том, что при астматических заболеваниях запрещены любые физические и дыхательные нагрузки. Разумные дозированные упражнения способствуют улучшению дыхания и снятия симптомов удушья, которые достаточно часто сопровождают астматические заболевания. Дыхательная гимнастика при астме является одним из альтернативных видов лечения астматиков, но ни в коем случае такая методика не заменяет медикаментозное лечение, являясь лишь вспомогательным методом в комплексе лечения. [6, с.81] При помощи регулярных занятий гимнастикой, возможно, снизить острые симптомы заболевания и достигнуть значительного улучшения. Кроме того, отмечается следующее положительное воздействие:

- Дыхательные оболочки активно очищаются от слизистого содержимого.

- Увеличивается просвет дыхательных путей, что усиливает бронхиальную и легочную вентиляцию.
- Благодаря гимнастике нормализуется функциональность дыхательного аппарата.
- Снижаются случаи развития бронхоспазмов.
- Отмечается диафрагмальное и мышечное укрепление, отвечающие за работу дыхательных мышц.
- Восстанавливается нормальная деятельность сердечно-сосудистой системы.
- Благодаря нормализации дыхательных органов снижается частота приступов удушья, особенно у детей.
- Благодаря гимнастике пациент учится управлять собственным дыханием, самостоятельно снижая интенсивность приступов.
- Кроме того, при дыхательной гимнастике, по мере нормализации общего состояния снимается стрессовое напряжение, являющееся частой причиной развития бронхиального приступа.[8, с.15]

На сегодняшний день существуют 2 основные методики, которые наиболее эффективно проводят лечение бронхиальной астмы. К ним относятся гимнастика по Стрельниковой и Бутейко. Эти две разновидности гимнастических упражнений рекомендуется выполнять даже детям и пожилым пациентам. Гимнастика выполняется не ранее чем через 1,5 часов после употребления пищи, а температура в помещении не должна быть чрезмерно влажной и холодной.

Важное место в системе реабилитации детей, больных бронхиальной астмой, принадлежит закаливанию. [3, с.103] Для этих детей весьма нередкой является повышенная чувствительность к воздействию неспецифических физических факторов окружающей среды (низким температурам воздуха, воды, повышенной влажности и др.). К закаливанию их нужно подходить осторожно, придерживаясь принципа постепенного увеличения силы раздражителя,

систематичности проведения закаливания, индивидуального подхода к нему в каждом конкретном случае с учетом особенностей течения болезни. К примеру к закаливанию водой необходимо подходить постепенно, начиная с обливания ног, затем общие обтирания, общие обливания и наконец купание. Для закаливания могут быть использованы не только водные процедуры, но также солнечные и воздушные ванны. [14, с.140]

Для того, чтобы сократить количество приступов астмы, нужно минимизировать или вообще исключить контакт ребенка с провоцирующими их аллергенами. В идеале, конечно, нужно понять, какие это вещества. Для этих целей существуют аллергические кожные пробы, можно также исследовать кровь астматика на антитела к аллергенам. Если эти исследования не доступны, то просто старайтесь следовать общим правилам безопасности. [14, с.138]

Правила эти несложные и их легко запомнить:

1. как можно чаще делать в доме влажную уборку, особенно в комнате ребенка, а также там, где он чаще всего играет
2. чаще пользоваться домашними увлажнителями воздуха. Избавиться от перьевых подушек и матрасов. Поменять их на синтетические.
3. Убрать с пола все ковры, паласы и ковровые дорожки.
4. Не покупать и следить, чтобы ребенку не дарили мягкие игрушки.
5. Следить внимательно, чтобы в доме не было никакой плесени, а воздух не был слишком увлажненным. Нельзя допускать, чтобы в доме заводились тараканы. Продукты жизнедеятельности этих насекомых являются сильным аллергеном, часто приводящим к развитию бронхиальной астмы или учащению ее приступов.
6. Стараться избегать выездов на природу в тот момент, когда начинается цветение. В особенно сложных случаях даже рекомендуется уезжать в другой регион, туда, где период цветения уже закончился.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

2.1. Анализ статистических данных распространенности бронхиальной астмы в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»

Для решения задач и цели исследования проведена статистическая обработка данных по педиатрическим пациентам с бронхиальной астмой на основе данных МИАЦ и ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»

В России распространенность болезни среди детского населения составляет до 10%. Мальчики болеют в 3 раза чаще девочек. Во взрослом возрасте это соотношение выравнивается. Большая часть детей ощущает клинические проявления в дошкольном и раннем возрасте. В последнее время уровень заболеваемости среди детского населения сильно возрос. Причем повышается тенденция к тяжелому течению недуга. Среди хронических патологий бронхиальная астма встречается чаще всего. У детей в основном наблюдаются ее аллергические формы.[14, с.24].

У 80% детей обнаруживается атопия, представляющая собой неспособность вырабатывать достаточное количество антител, которые отражают атаки аллергенов. Кроме того, в детском возрасте часто наблюдается гиперреактивность бронхов. Ребенок более подвержен заболеванию, если один из его родителей или членов семьи страдает им. Таким образом, можно говорить о генетической предрасположенности, как одной из причин развития болезни.[5, с.70]

В ходе изучения проблем пациента педиатрического возраста нами были проанализированы статистические данные МИАЦ и выявлено, что бронхиальная астма в России стоит на 2 месте после заболеваний ЖКТ (Рис.1). [12]

Структура заболеваемости по НОЗОЛОГИЯМ

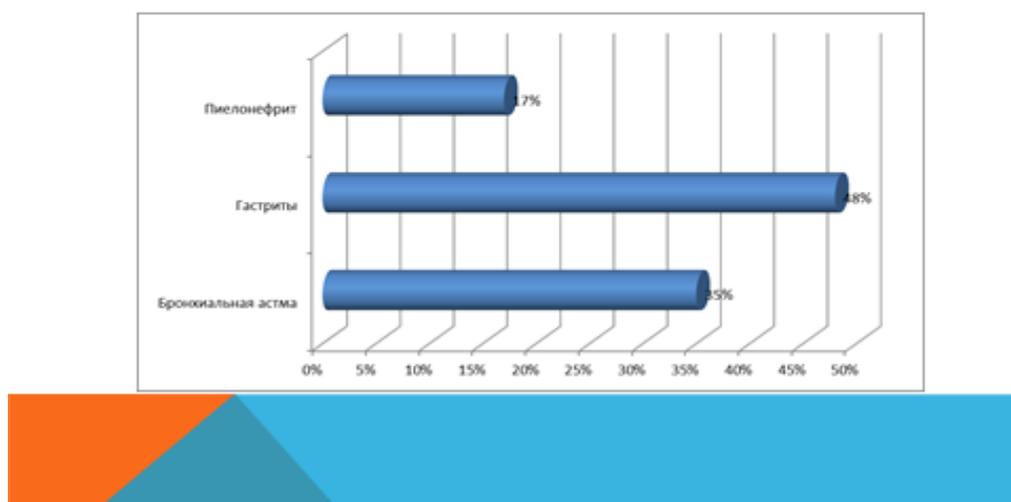


Рис. 1. Структура заболеваемости по нозологиям

Проанализировав, статистические данные по Белгородской области за 5 лет с 2013-2017г выявлено ежегодное увеличение общей заболеваемости бронхиальной астмой у детей в возрасте от 0-14 лет. Так число заболевших в 2013 г составило – 926 человек, 2014 г – 2010 человек, 2015 г – 2120 человек, 2016г – 2148 человек, 2017г – 2153 человек (Рис.2). [12]

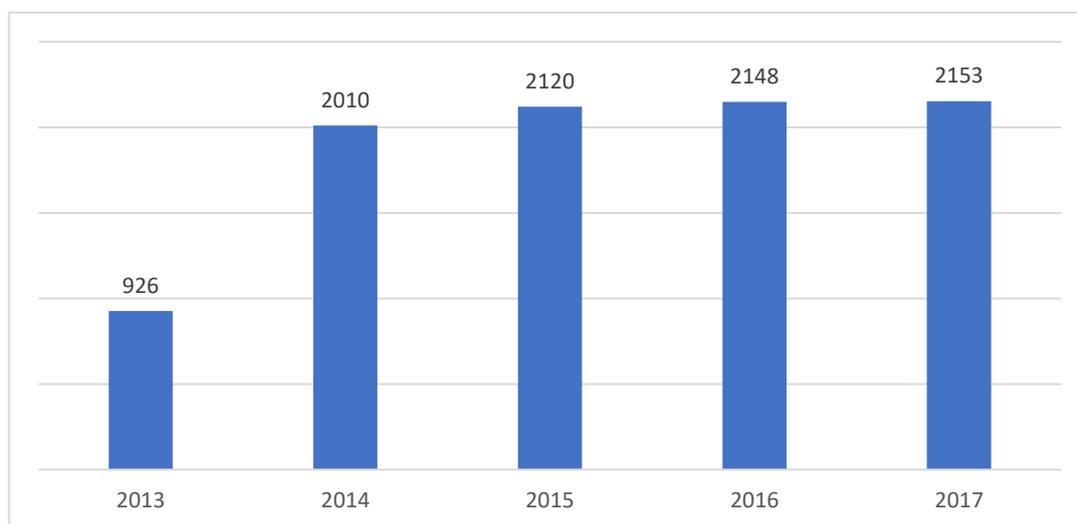


Рис. 2. Общая заболеваемость детей бронхиальной астмой по
Белгородской области за 5 лет

Так же по статистическим данным за последние пять лет выявлено, что дети в возрасте 4-7 лет и 8-15 лет страдают бронхиальной астмой чаще (Рис.3). [12]

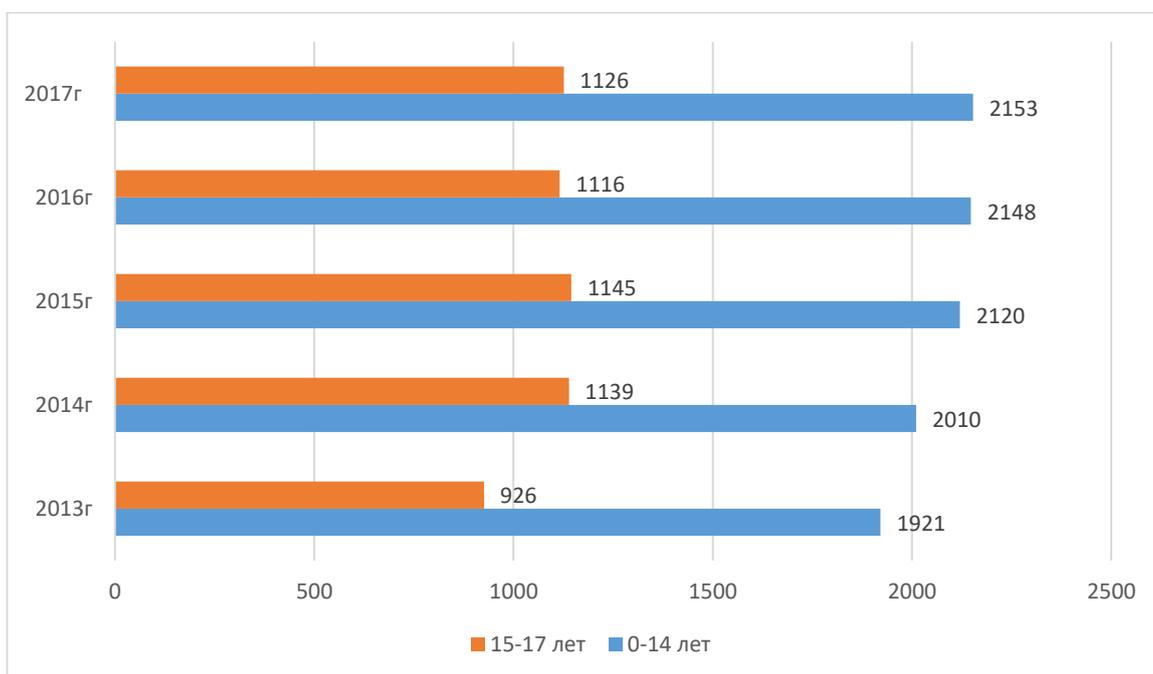


Рис.3. Заболеваемость бронхиальной астмой детей Белгородской области по возрастным группам.

Дети с бронхиальной астмой госпитализируются в пульмонологическое отделение. В ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» оно развернуто на 62 койки, из которых: педиатрических – 12; пульмонологических – 35; нефрологических – 15. С января 2018 г отделение переименовано в пульмонологическое, функционирует на 40 коек, из них: пульмонологических - 30, педиатрических -10.

Отделение занимает южное крыло 5го этажа, рассчитано на 17 палат, 2 процедурных кабинета (для внутривенных и внутримышечных инъекций), 2 ванных комнаты, 1 холл, 8 туалетов, кабинеты: ординаторская, старшей медсестры, сестры хозяйки, рабочая комната, игровая комната. Медицинская помощь оказывается детскому населению г. Белгорода и Белгородской области с 2-х до 18 лет. Прием и выписка больных осуществляется круглосуточно.

Среднее пребывание на койке больного по всем нозологическим единицам за истекший год значительно снизилось.

Пациентов, при необходимости, консультируют:

1) специалисты Областной клинической больницы (невролог, кардиолог, гастроэнтеролог, стоматолог);

2) поликлиники (эндокринолог, ортопед, ЛОР-врач, окулист, гинеколог, аллерголог-иммунолог);

3) других стационаров города: (уролог, гематолог, генетик, нейрохирург, фтизиатр, инфекционист, хирург).

На пульмонологические койки госпитализируются дети с острой и хронической патологией - бронхиальной астмой, пневмонией, бронхитами, дети, требующие уточнения диагноза. В обследовании данной категории пациентов используется широкий спектр лабораторных возможностей: биохимических, общеклинических, иммунологических, бактериологических, серологических; а также спирометрия, рентген-диагностика, ультразвуковая диагностика, пульсоксиметрия, пикфлоуметрия, при необходимости - спиральная компьютерная томография. В лечении, помимо медикаментозного, применяется физиотерапия, массаж, лечебная физкультура.

Согласно данным, приведенным в таблице 1, за период с 01 января по 31 марта 2018 г. пролечено 526 детей, из них пульмонологических - 510, нефрологических - 6, педиатрических – 10. За отчетный период основная масса больных поступила в среднетяжелом состоянии по заболеванию, что составило 99,7 % от общего числа поступивших (Таблица1).

Таблица1

Пролечено больных за 2018 год

Педиатрия	Пульмонологические	Нефрологические
10	510	6

За истекший год структура заболеваемости изменилась в пользу пульмонологических больных в связи с перепрофилизацией отделения.

Количество пролеченных больных с пульмонологической патологией по-прежнему превышает плановые показатели, что обусловлено повышенной заболеваемостью ОРВИ, протекающими с осложнениями. Для определения количества детей с бронхиальной астмой, прошедших лечение в пульмонологическом отделении, нами проведен анализ статистических данных этого заболевания за период 2016-2018 гг, данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Пролечено больных за период 2016 - 2018гг

№	Заболевание	Всего прошло больных		
		2018 г	2017 г	2016 г
1.	Обструктивный бронхит	305	762	779
2.	Пневмония	548	284	170
3.	Бронхиальная астма	138	170	187



Рис. 4. Динамика заболеваемости органов дыхания за период 2016-2018гг на базе ОГБУЗ «ДОКБ»

На основании представленных данных на рисунке 4 можем сделать вывод, что заболеваемость детей бронхиальной астмой остается на высоком уровне. Наибольшее число данной патологии наблюдается в 2016 году, что

обусловлено повышенной заболеваемостью острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), протекающими с осложнениями.

2.2. Исследование роли среднего медицинского персонала в лечении детей с бронхиальной астмой

Положительный зарубежный и отечественный опыт, наличие профессиональной поддержки со стороны врачей и инициатива со стороны среднего медперсонала позволяют утверждать, что медицинские сестры успешно занимаются реабилитацией больных бронхиальной астмой, осуществляют динамическое наблюдение за состоянием их здоровья, обеспечивая тем самым достойное качество жизни таких детей и подростков.

Для решения поставленных задач исследования был проведен опрос пациентов (родителей) с целью выявления роли среднего медицинского персонала в лечении детей с бронхиальной астмой и факторов риска при данной патологии. Нами была составлена анкета, состоящая из двух частей, которая заполнялась методом опроса, представлена в приложении 1.

Часть первая - факторы риска, способствующие развитию заболеваний органов дыхания у детей. Он содержит вопросы, касающиеся прогулок на свежем воздухе, гигиены жилища, вредных привычек, частоте простудных заболеваний, закаливания, занятиям спортом.

Часть вторая - профессиональная деятельность медицинской сестры. Блок направлен на исследование мнений родителей, дети которых находятся на лечении в пульмонологическом отделении, на работу среднего медицинского персонала. Была поставлена задача – выяснить, насколько родители владеют информацией о заболевании их детей и методах профилактики.

Всего в анкетировании приняли участие 28 человек, каждый ответил на 20 вопросов. По результатам анкетирования проводился анализ, был изучен образ жизни 28 детей старшего школьного возраста, совместно с их

родителями. Социальный портрет респондентов представлен следующим образом: возраст детей: 10% - 13 лет, 18% - 14 лет, 30% - 15 лет, 42% - 16 лет (Рис. 5). Из них 30% - девочки, 70% - мальчики (Рис.5).

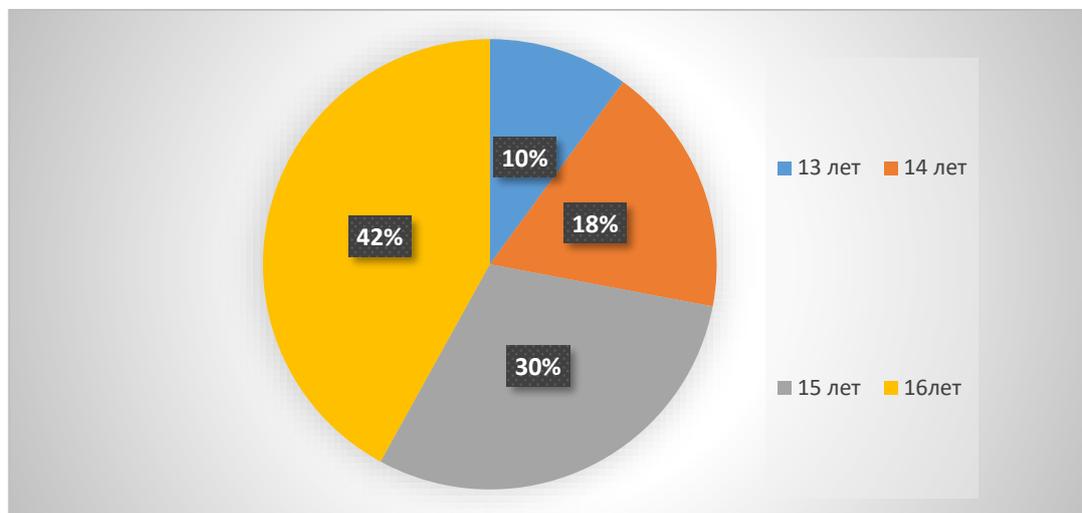


Рис. 5. Распределение респондентов по возрасту

Предупреждение заболевания - одно из важнейших условий профилактики бронхиальной астмы у детей. Профилактическая форма предусматривает регулярное выполнение назначенных закаливающих процедур, сеансов массажа, упражнений дыхательной гимнастики, регулярные прогулки, поддержание гигиены жилища, исключение вредных привычек, исключение аллергенов, укрепление иммунитета и прочих мероприятий, которые рекомендованы педиатром. [15с.56]

По данным опроса, самым распространенным методом профилактики бронхиальной астмы является исключение аллергенов, так считают 62%. О том, что прогулка вдалеке от оживленных дорог - эффективный способ предостеречь ребенка от бронхиальной астмы ответили 21%. Остальные 17% считают, что регулярный отдых на море и в горах укрепляет легкие и не дает развиваться заболеванию (Рис. 6).



Рис. 6. Методы профилактики

Одним из факторов риска заболевания бронхиальной астмой является проживание в загрязненных помещениях. Поддержание чистоты в доме, и поддержание гигиены ребенка одни из необходимых условий в борьбе с бронхиальной астмой. Каждый день протирать полы в квартире, все поверхности, шкафы, бытовую технику, мыть руки и лицо детским мылом. Не оставлять вещи под кроватью, унести из комнаты все ковры, мягкие игрушки, использовать гипоаллергенное постельное белье, 1 раз в 2 недели менять его и стирать при 60 градусах. Не устанавливать книжные полки, не класть декоративные цветы. По данным анкет 61% опрошенных проводят уборку ежедневно, 21% - 1 раз в два дня, 9% убираются в квартире 2 раза в неделю (Рис.7).

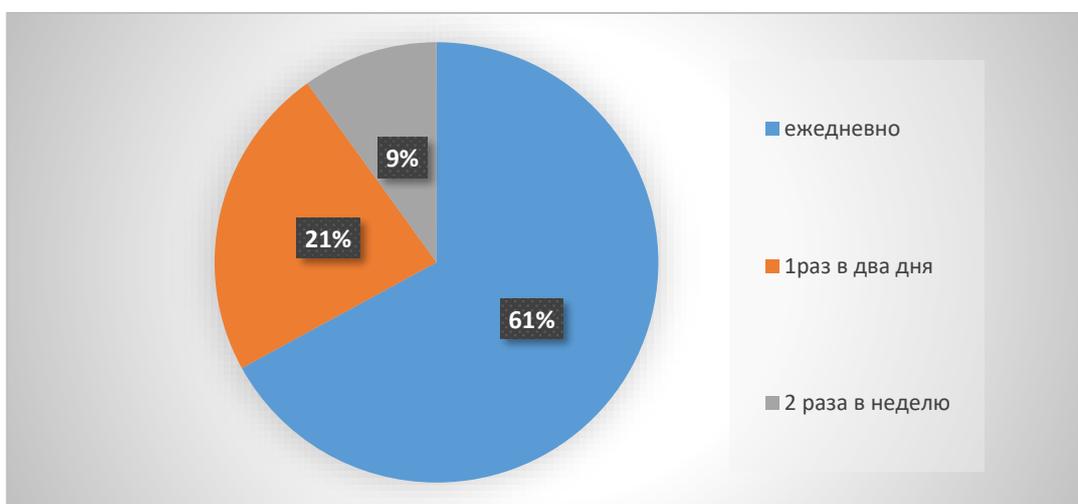


Рис. 7. Проведение влажной уборки в квартире

Соблюдение правил питания и исключение аллергенов из продуктов, употребляемых в пищу, играют большую роль при борьбе с бронхиальной астмой. Необходимо соблюдать диету, исключить из рациона орехи, шоколад, консерванты, красители. Важно вовремя лечить болезни, локализованные в дыхательных путях, и предотвращать их повторное появление. По данным анкет 73% опрошенных полностью контролируют питание свое или своих детей, сведя к минимуму употребление запрещенных продуктов, 18% - допускают употребление некоторых нежелательных продуктов, и лишь – 9% практически не контролирует соблюдение диеты (Рис.8).



Рис. 8. Соблюдение правил питания

Курение родителей чаще всего наносит очень большой вред на детский организм. Тот факт, что последствия пассивного курения для детей проявляются куда агрессивнее, неоспорим. Вдыхаемый сигаретный дым попадает в легкие ребёнка, тем самым нанося колоссальный вред как пассивному курильщику. Чтобы снизить риск появления воспаления легких, родителям стоит отказаться от этой вредной привычки, или воздержаться от курения в присутствии ребёнка, отказаться от сильно пахнущих бытовых аэрозолей, духов. По данным опроса в 54% семей курит один родитель, в 44% семей - не курят оба родителя, и всего в 2% семей - курят оба родителя (Рис.9).

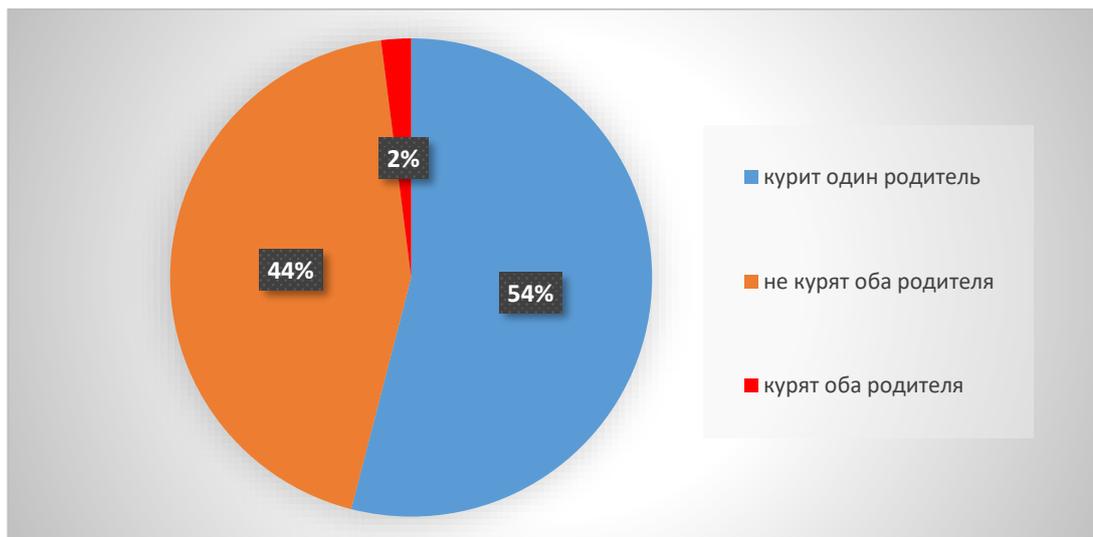


Рис. 9. Вредные привычки

Одним из важнейших условий профилактики бронхиальной астмы у детей с раннего возраста является приобщение к занятиям физкультурой и спортом, закаливание и соблюдение режима дня. Спортивные кружки положительно влияют на физическое развитие детей, стойкость выносливость, формирует ответственность. Но, каждый родитель должен понимать, что подбор спортивной секции, в которой сможет реализоваться их ребенок, должен выполняться индивидуально для каждого. По данным опроса было выяснено, что 74% детей посещают спортивные секции, и 26% еще не посещают (Рис.10).

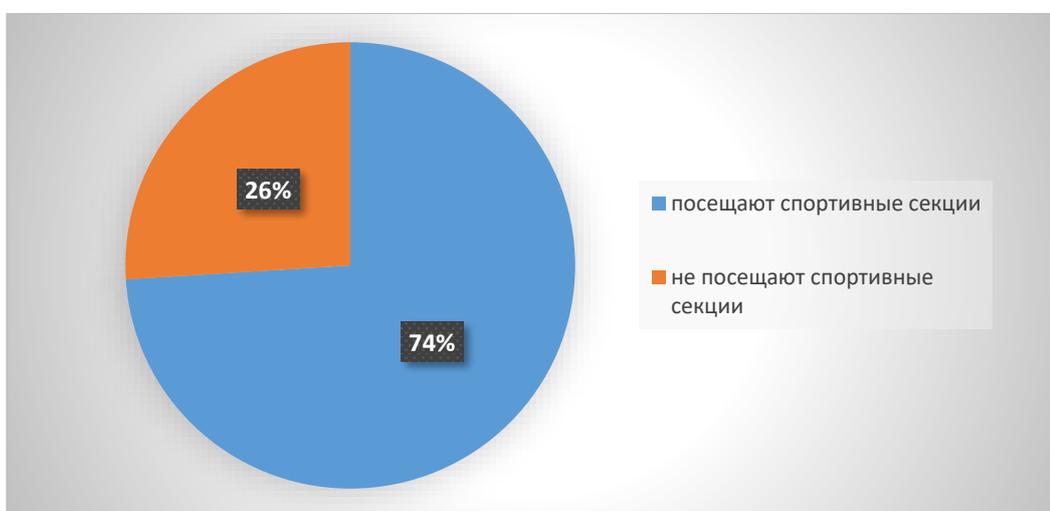


Рис. 10. Посещение спортивных секций, закаливание

Сестринский уход имеет большое значение при заболеваниях органов дыхания у детей. Исход лечения во многом зависит от ухода за больным и точного выполнения врачебных назначений. Говоря о бронхиальной астме, приоритетным становится лечение больных в амбулаторных условиях с диспансерным их ведением и использованием дневных стационаров для лечения обострений. Роль среднего медицинского персонала в организации медицинской помощи очень значительна. За 2018 год одна медицинская сестра отделения прошла усовершенствование, две медицинских сестры подтвердили первую квалификационную категорию, высшую квалификационную категорию имеют 6 медицинских сестер, первую квалификационную категорию имеют 4 медицинских сестры, вторую квалификационную категорию имеет 1 медицинская сестра.

Медицинская сестра всегда активно участвует в процессе лечения. Она контролирует выполнение назначенного лечения пациентами, ведет разъяснительную работу, убеждая их проходить необходимые курсы лечения, проводит санитарное просвещение. На вопрос о наличии в отделении санбюллетеней, памяток и плакатов по профилактике бронхиальной астмы 78 % ответили, что имеются, и они с помощью них получают нужную информацию; 13%- ответили, что не получают подробной информации ; 9% - считают, что могут получить подобную информацию только при личной инициативе (Рис.11).

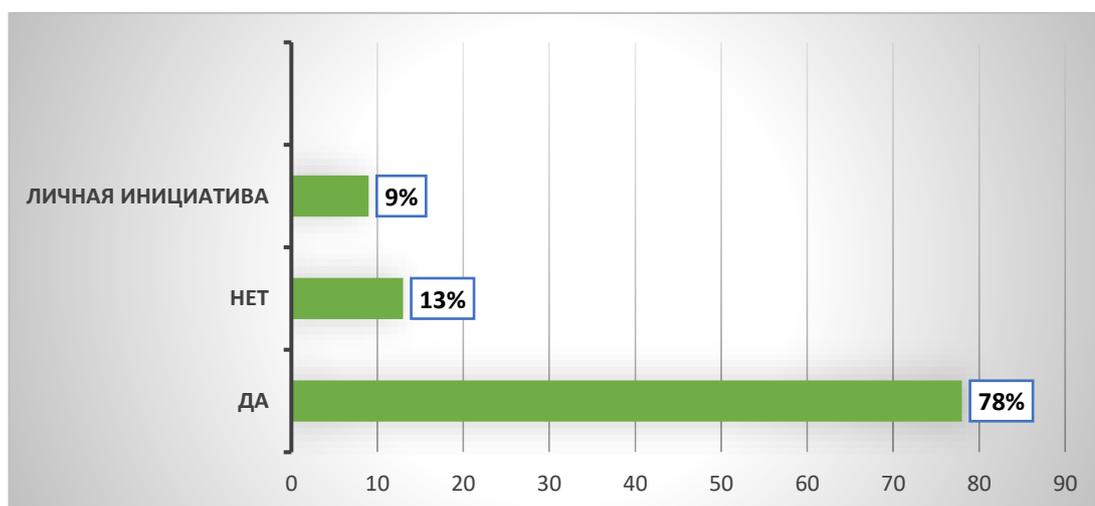


Рис. 11. Санпросвет работа в отделении

Основная роль медицинской сестры в оказании помощи детям с бронхиальной астмой заключается в многогранной, длительной, систематической работе с самим пациентом и его семьей. Только при хорошем контакте медицинского персонала, больного ребенка и его родителей, полном взаимопонимании и доверии возможно добиться реальных успехов в лечении бронхиальной астмы. Для обеспечения контроля над симптомами астмы у детей медицинская сестра доходчиво и доброжелательно раскрывает суть его заболевания, рассказывает, с чем оно связано, чем вызвано. Обсуждаются возможные прогнозы болезни, необходимость динамического наблюдения и регулярного лечения. 78% опрошенных на вопрос о проведении профилактических бесед по заболеванию ответили «Да» остальные 22% затруднились ответить (Рис.12).

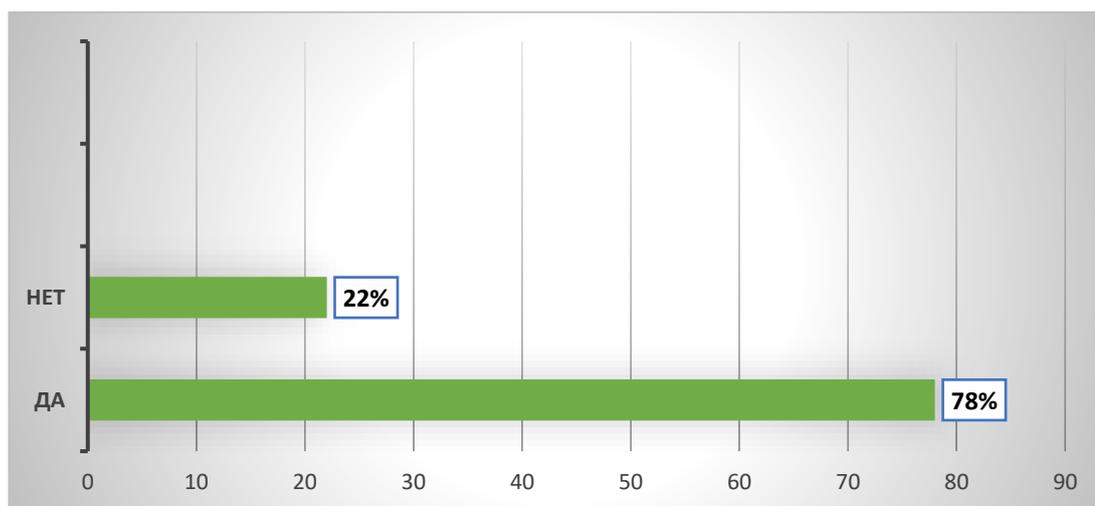


Рис. 12. Проведение профилактических бесед о заболевании бронхиальной астмой

В ходе беседы объясняются механизмы действия препаратов, которые предстоит принимать, разницу между профилактическими средствами и лекарствами «скорой помощи», а так же возможные побочные эффекты. Важным моментом является обучение больного тому, как вести себя в период приступа, как оказать себе первую помощь в экстренных случаях. Пациента и его родственников медицинская сестра обучает правилам приема этих

препаратов, а также практическим навыкам использования ингалятора (Рис.12). На вопрос обучала ли медсестра пациентов или их детей правильному пользованию ингалятором? 78% ответили – да, 12% ответили, что уже имеют опыт использования ингаляторов, 10% ответили – нет, не обучала (Рис.13).

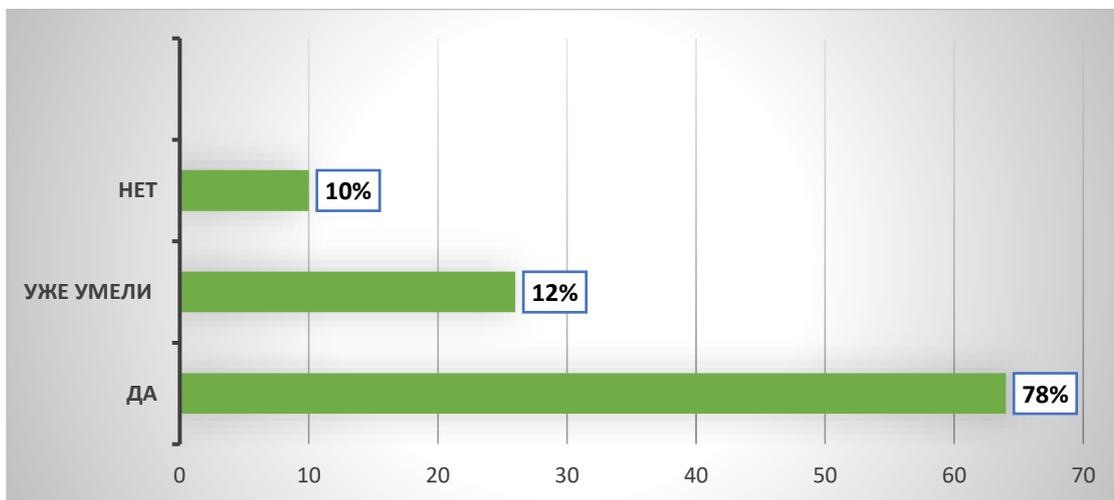


Рис. 13. Обучение правильному пользованию ингалятором

Влажная уборка палат должна проводиться регулярно, два - три раза в день, это существенно снижает риск развития приступов у пациента. Основное время проведения уборки — утром и днем, вечером в зависимости от загрязнения палат. На вопрос как часто проводят влажную уборку палат в отделении? 62% опрошенных ответили, что уборка проводится 2 раза в день, 35% ответили 1 раз в день и лишь 3%- 4-5 раз в неделю (Рис.14).

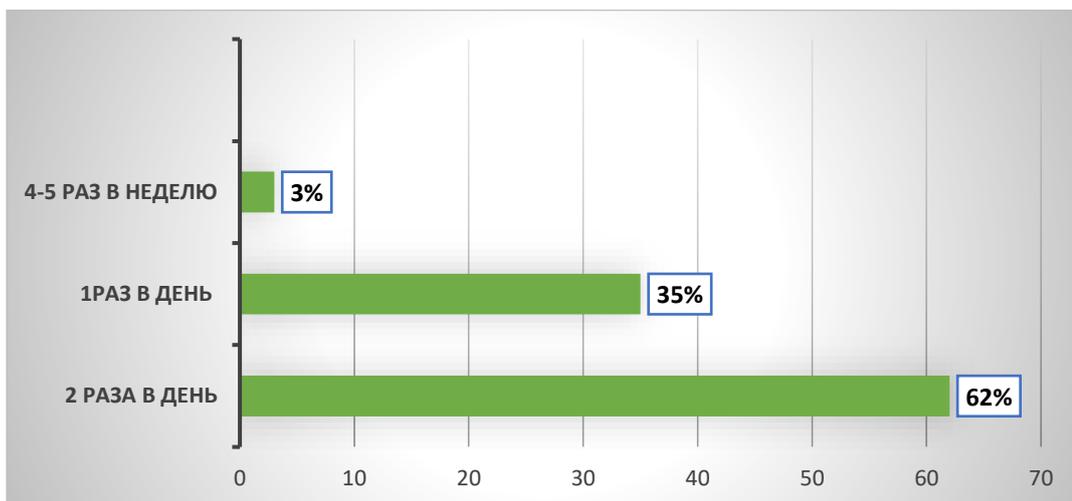


Рис. 14. Влажная уборка палат

Дыхательная гимнастика также включена в программу комплексного лечения бронхиальной астмы. Включение в схему терапии комплекса дыхательных упражнений и ЛФК при всех заболеваниях лёгких обязательно. Медсестра объясняет родителям, что оздоравливающие мероприятия имеют важное значение, чтобы добиться добросовестного и регулярного выполнения всех правил лечения. [15с.64] Убедить, что только в этом случае можно рассчитывать на успех. Занятия дыхательной гимнастикой способствуют более лёгкому течению болезни, уменьшению эпизодов обострений и приступов. Как правило, упражнения назначаются всем больным, не имеющим противопоказаний, в период ремиссии заболевания. Систематические занятия способствуют восстановлению физиологической частоты и глубины дыхания, нормализации газового состава крови — увеличению концентрации кислорода в тканях, улучшению их питания, улучшению вентиляционной способности лёгких, развитию адаптационных способностей организма, уменьшению аллергических реакций и склонности к спазмам бронхов. Все вышперечисленное в результате приводит к снижению степени тяжести заболевания, уменьшению дыхательной недостаточности, сокращению числа обострений и улучшению качества жизни ребенка. Опрос показал, что 74% детей обучают дыхательной гимнастике в отделении; 24% ответили, что

обучают дыхательной гимнастике по мере требования, и 2% ответили, что их не обучали дыхательной гимнастике. (Рис.15).

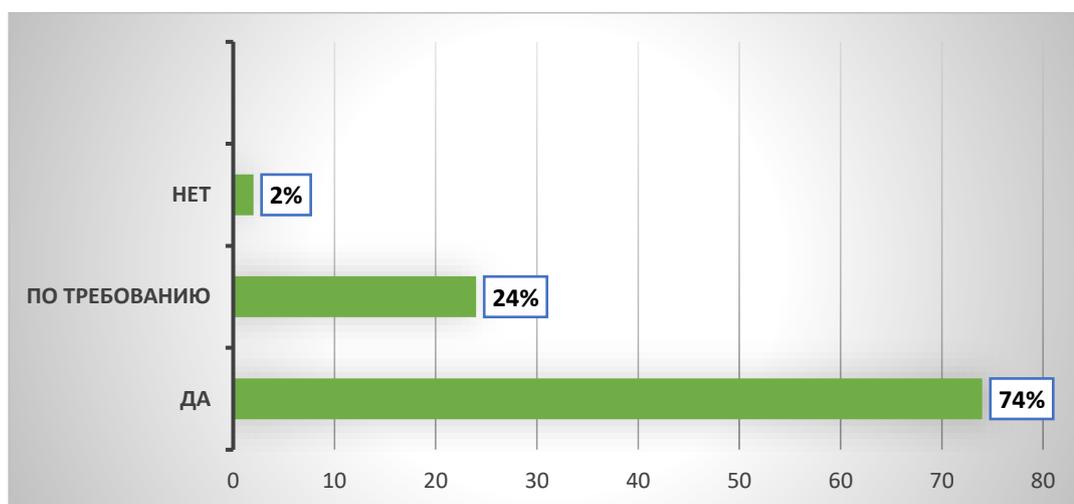


Рис. 15. Обучение дыхательной гимнастике.

В ходе проведенного опроса мы выяснили, как респонденты оценивают роль среднего медицинского персонала в лечении детей с бронхиальной астмой (Рис.16).

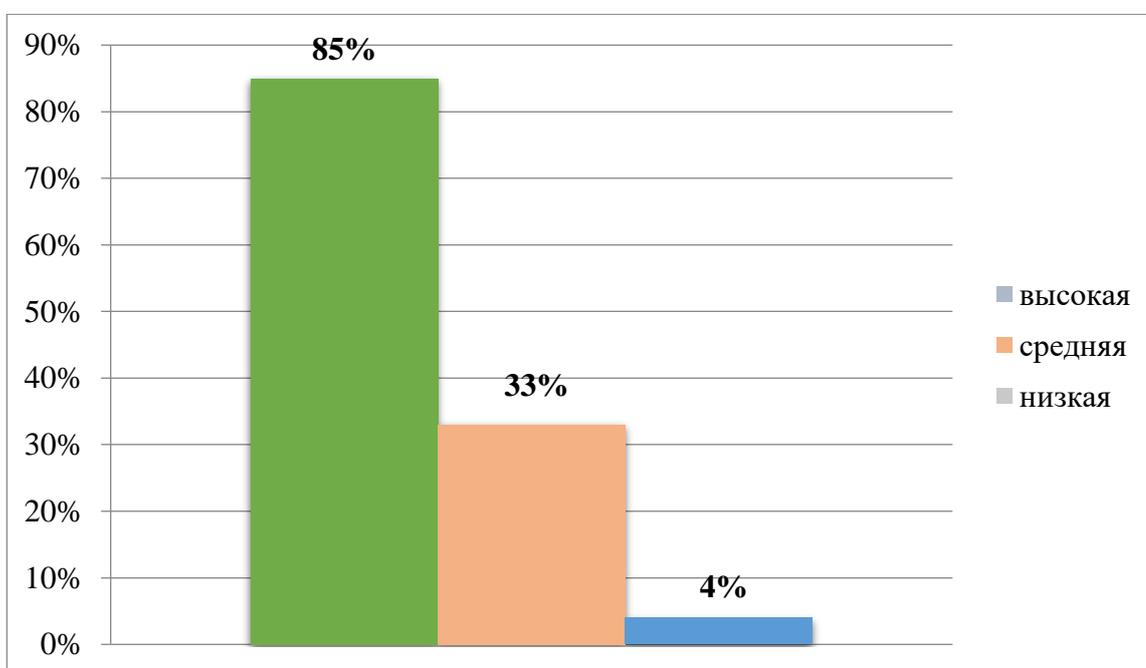


Рис. 16. Роль среднего медицинского персонала в лечении детей с бронхиальной астмой

Исходя из полученных данных, четко прослеживается высокая роль среднего медицинского персонала в лечении детей с бронхиальной астмой. Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- Основной контингент проходивший лечение в отделении 16 лет (42%) мальчики (30%)
- 55% считают, что самым распространенным методом профилактики бронхиальной астмы является исключение аллергенов
- 21% считает, что самым распространенным методом профилактики бронхиальной астмы являются прогулки на свежем воздухе
- 61% проводят уборку в квартире раз в день, так как это является важной составляющей здоровья ребенка
- 73% соблюдают диету
- 74% анкетированных посещают спортивные секции
- В 54% семей имеется вредная привычка такая, как курение у одного родителя
- 78% считают, что получают достаточно информации в отделении из санбюллетеней, памяток и плакатов по профилактике бронхиальной астмы
- 78% получают обучение правильному пользованию ингалятором
- 62% проводят влажную уборку палат 2 раза в день.
- 74% детей получают обучение дыхательной гимнастике
- 78% проводят профилактические беседы о заболевании бронхиальной астмой

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность данного исследования была predetermined отмеченной за последние годы во всем мире, в том числе и в России, тенденцией к увеличению заболеваемости бронхиальной астмой и к её более тяжелому течению.

Изучив теоретические вопросы бронхиальной астмы у детей, мы пришли к заключению, что цель нашей дипломной работы достигнута. В ходе работы сделаны соответствующие выводы:

Развитие бронхиальной астмы у детей обусловлено генетической предрасположенностью и факторами окружающей среды. Три основные группы факторов, способствующих развитию заболевания: предрасполагающие, сенсibiliзирующие и вызывающие обострение (так называемые триггеры).

В развитии всех форм бронхиальной астмы важное значение имеют аллергические механизмы. Особенности клинической картины: выраженная интоксикация и быстрое приступообразное удушье с нарушением выдоха.

Осложнениями бронхиальной астмы, являются такие заболевания, как: ателектазы лёгочной ткани, пневмоторакс, эмфизема лёгких.

Сестринский уход за детьми, болеющими бронхиальной астмой, направлен на то, чтобы не допустить развития осложнений, повторных приступов; ребёнок (родственники) продемонстрируют знания о заболевании, способах лечения и профилактики.

Роль медицинской сестры в профилактике заболевания бронхиальной астмой у детей: первичная (для предотвращения развития бронхиальной астмы), вторичная (для предупреждения обострения заболевания).

Осуществляя сестринский процесс, медицинская сестра должна быть коммуникабельной, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, уметь оценить способность к самоуходу. При бронхиальной астме у пациентов нередко возникают неотложные состояния, поэтому медсестра в

данной ситуации должна действовать профессионально, четко и быстро выполнять сестринские вмешательства, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. В этом и заключается особенность сестринского процесса при бронхиальной астме.

В результате проведенного исследования нами были разработаны **рекомендации** по улучшению качества работы медицинских сестер:

1. Увеличение санпросветработы в отделении по вопросу вредных привычек в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой, путем размещения санбюллетеней, памяток и плакатов о вреде курения при бронхиальной астме.
2. Проведение дополнительных профилактических бесед с детьми и их родителями о заболевании бронхиальной астмой, важности добросовестного и регулярного выполнения всех правил лечения, с последующей проверочной демонстрацией пациентами знаний о заболевании, способах первой помощи и профилактики.
3. Регулярное прохождение дополнительных курсов по усовершенствованию в организации медицинской помощи, а так же повышению и подтверждению квалификационных категорий среднего медицинского персонала.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранова, А.А. Детские болезни. [Текст] М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1008 с
2. Быковская, Т.Ю. Основы профилактики [Текст] : учеб. пособие для СПО. / Т.Ю. Быковская. – Ростов – н/Д : Феникс, 2016. – 219 с.
3. Варварина, Г. Н. Уход за больными терапевтического профиля: учебная практика. [Текст]/ Г.Н.Варварина, Н.А. Любавина, Л.В.Тюрикова.- Нижний Новгород: «НижГМА», 2015
4. Католикова, О. С. Сестринский уход в педиатрии. [Текст] МДК 02.01 сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях :учеб.пособие для колледжей и училищ / под общей редакцией Б.В. Кабарухина ; «Феникс» 2015. - 98с.
5. Медицинская статистика. [Электронный ресурс] – Белгород, 2018 - Режим доступа: <http://yadishu.com/>
6. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» [Текст] третье издание, М.,2008.- 106 с.; четвертое издание, М., 2013. 184- с.
7. Ненашева, Н.М. Бронхиальная астма [Текст]: Карманное руководство для практических врачей. – М.: Издательский холдинг «Атмосфера», 2011. – 96 с.
8. Овсянников, Д.Ю. Бронхиолиты у детей [Текст] Учебно-методическое пособие/. М.: РУДН, 2011.- 34 с.
9. Пушко, Л.В., Овсянников, Д.Ю. Бронхиальная астма у детей [Текст] Учебно-методическое пособие. -М.: РУДН, 2012 - 24 с
10. Справочник медицинской сестры [Электронный ресурс] сост. Е.Ю. Храмова, В.А. Плисов. - М. Рипол - Классик, 2015.- Режим доступа : <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=133812&sr=1>.
11. Соколова, Н.Г. ; Тульчинская, В.Д. Сестринское дело в педиатрии (практикум) [Текст]:учеб.пособие для колледжей и училищ/ под общей редакцией Р.Ф. Морозовой ; «Феникс» 2014. -114 с.

12. Соколова, Н. Г. Педиатрия с детскими инфекциями [Текст] учеб.пособие для средн.профес.учреждений / З.В. Тульчинская. 7-е издание. Феникс 2010. - 110 с
13. Служба государственной статистики [Электронный ресурс] – Белгород, 2018_Режим доступа: <http://elibrary.ru/>.
14. Таточенко, В.К. Болезни органов дыхания у детей. [Текст] М.: Педиатр, 2012.- 480 с.
15. Тульчинская, В.Д; Соколова, Н.Г.; Шеховцова, Н.М.Сестринское дело в педиатрии [Текст]: учеб.пособие для колледжей и училищ/ под общей редакцией Р.Ф. Морозовой; Изд.14-е « Феникс», 2016. -252 с.
16. Филин, В.А. Педиатрия: учеб. пособие для студентов средних медицинских учебных заведений [Текст]. / В.А. Филин. - Москва, 2014

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ДЕТИ КОТОРЫХ БОЛЕЮТ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Уважаемые родители!

Просим Вас ответить на вопросы, касающиеся самочувствия Вашего ребёнка. Внимательно прочитав каждый вопрос, впишите ответ или выберите один из трёх (двух) ответов, который характерен для Вашего ребёнка. Полученная в ходе исследования информация позволит выявить факторы, способствующие развитию заболеваний у детей и определить мероприятия по повышению эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Часть 1

1. Укажите возраст Вашего ребенка:
А.13 лет
Б.14 лет
В.15 лет
Г.16 лет
2. Укажите пол Вашего ребенка:
А.женский
Б.мужской
3. Имели ли Вы достаточно информации о заболевании до поступления в стационар:
А.да, знал достаточно информации
Б.частично владел информацией
В.Не владел информацией
4. По вашему мнению, что является самым распространенным методом профилактики бронхиальной астмы:
А.регулярный отдых на море и в горах
Б.прогулка вдалеке от оживленных дорог
В.исключение аллергенов
5. Как часто вы проводите влажную уборку в доме?
А.ежедневно
Б.1 раз в 2 дня
В.3-4 раза в неделю
6. Соблюдаете ли вы правила питания, исключая употребление аллергенов?
А.контролирую питание полностью

Б.допускаю употребление некоторых нежелательных продуктов
В.практически не контролирую питание

7. Курит ли кто-то в вашей семье?
А.курят обо родителя
Б.не курит никто
В.курит один из родителей

8. Посещает ли Ваш ребенок какие-нибудь спортивные секции?
А.да
Б.нет

9. Проводите ли вы с ребёнком закаливающие процедуры?
А.прогулки на свежем воздухе
Б.гимнастика
В.массаж

10. Совершаете ли вы активные прогулки на свежем воздухе?
А.да, 2-3 раза в неделю
Б.да, ежедневно
В.редко

Часть 2

1. Имеются ли в отделении санбюллетени, плакаты по профилактике бронхиальной астмы, памятки?
А.а
Б.нет
В.не всегда

2. Проводят ли медсестры в отделении профилактические беседы по заболеванию бронхиальной астмой?
А.да
Б.нет

3. Обучали медсестры Вас и вашего ребенка правильному пользованию ингалятором?
А.да, обучали
Б.уже умели
В.нет, не обучали

4. Как часто проводят влажную уборку палат в отделении?
А.2раза в день

Б.1раз в день
В.4-5 раз в неделю

5. Обучают ли медицинские сестры детей дыхательной гимнастике?
А.да
Б.нет
В.по требованию
6. Как часто проводят проветривание палат в отделении?

А.2-3 раза в день
Б.1 раз в день
В.не проводят
7. Получили ли Вы ответы на вопросы, которые задали медицинской сестре:
А.да
Б.нет
В.не всегда
8. Возникали ли трудности во взаимопонимании со средним медицинским персоналом в отделении?
А.да возникали
Б.нет, не возникало
В.иногда
9. Как бы вы оценили роль среднего медицинского персонала в лечении детей с бронхиальной астмой?
А.высокая
Б.низкая
В.средняя

10. Ваши пожелания по улучшению сестринской помощи в отделении:

Благодарим Вас за сотрудничество!

Ингаляторы

Астматический ингалятор представляет собой специальное устройство, с помощью которого лекарства в дыхательную систему попадают аэрозольным способом. Его используют в экстренных случаях, в результате чего лекарство молниеносно снимает приступ.

Ингалятор содержит определенный лекарственный препарат, который снимает негативные последствия при бронхиальной астме и позволяет больному полноценно вдыхать и выдыхать воздух.

Лекарство с помощью ингалятора в виде мельчайших частиц после впрыскивания оседает в глотке, на гортани, в трахее и бронхах, снимая спазм. За счет аэрозоля лекарственное средство может без препятствий попадать непосредственно к альвеолам.

Использование ингалятора усиливает при заболевании терапевтический эффект и понижает побочные эффекты других принимаемых медикаментов. Его можно использовать как неотложную помощь или ежедневно в зависимости от степени тяжести заболевания.

