ГБПОУ “ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Научно-исследовательская работа



Выполнила: Ахметова Айза Олеговна

Студентка 4 курса 431 группы

Специальность «Лечебное дело»

Руководитель: Поповская Тамара Семеновна

Ейск, 2019г.

СОДЕРЖАНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 4](#_Toc5433060)

[ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 7](#_Toc5433061)

[1.1 Общие представления о обструктивном бронхите 7](#_Toc5433062)

[1.2 Факторы и группы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста 13](#_Toc5433063)

[1.3 Основы профилактической деятельности фельдшера при 15](#_Toc5433064)

[обструктивном бронхите у детей раннего возраста 15](#_Toc5433065)

[ГЛАВА II ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 18](#_Toc5433066)

[1.2Материалы и методы исследования 18](#_Toc5433067)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 25](#_Toc5433068)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 26](#_Toc5433069)

#

# ВВЕДЕНИЕ

Обструктивный бронхит представляет собой воспалительное заболевание бронхов, осложненное обструкцией, сопровождающееся отеком дыхательных путей и ухудшением вентиляционной способности легких [2].

Ведущее место среди заболеваний детей раннего возраста занимает патология респираторного тракта, несмотря на то, что в настоящее время в системе здравоохранения уделяется большое внимание профилактике заболеваний и разработано множество рекомендаций. По данным Минздрава здравоохранения России было выявлено, что в структуре детской заболеваемости болезни органов дыхания составляют 60 - 80% случаев. Из них 50% приходится на детей раннего возраста, и 30% на подростков. При этом необходимо отметить, что на сегодняшний день у 10 % детей раннего возраста респираторные инфекции протекают с клиникой обструктивного бронхита той или иной степени выраженности[5].

Высокая заболеваемость обструктивных форм бронхита среди детей раннего возраста обусловлена присутствием множество предрасполагающих факторов: у детей первых трех лет жизни недостаточно сформирована иммунная система, что сопровождается повышенной восприимчивостью организма к патогенным микроорганизмам; предрасполагающие анатомо - физиологические особенности детей раннего возраста способствуют возникновению заболевания; присутствие множества разнообразных возбудителей в окружающей среде, на которых у ребенка формируется иммунный ответ; перенесенная анте - и перинатальная патология (асфиксия, гипоксия, токсикозы у беременных); раннее искусственное вскармливание; курение родителей; наличие наследственной патологии; наличие аллергий; неблагоприятная экологическая обстановка, провоцирующая повышение чувствительности рецепторов бронхов и угнетение системы местной иммунологической защиты (IgA) -промышленное загрязнение атмосферного воздуха, бытовые условия проживания семьи (сырое помещение, печное отопление, дровяные и газовые плиты).

Эти данные указывают на важность проблемы обструктивных бронхитов у детей раннего возраста, особенно если учесть их последствия в будущем комитетом экспертов ВОЗ было выявлено, что в 70 % случаев обструктивный бронхит приводит к серьезным осложнениям. Из них 30% осложняются бронхиальной астмой, 30% - рецидивирующим бронхитом, и 10% - пневмонией[18]. Каждое из данных осложнений, влечет кардинальные изменения качества жизни. Во многих случаях патология легких, проявляющаяся бронхиальной обструкцией, начинается с самого раннего детского возраста, продолжается в старшем детском возрасте и в зрелом возрасте является одной из причин нетрудоспособности и инвалидности, так как хроническая форма обструктивного бронхита или осложнения обструктивного бронхита в виде бронхиальной астмы приводят к дыхательной недостаточности, которая является не временной, а постоянной [7].

Также актуальность темы обусловлена тем, что после перенесенного обструктивного бронхита увеличивается число аллергизации среди детей, и процент числа часто болеющих детей. А также большими экономическими затратами на лечение (особенно рецидивирующих, хронических форм заболевания), как непосредственно для семьи больного ребенка, так и для органов здравоохранения государства в целом [3].

Профилактика обструктивного бронхита у детей - очень важная составляющая здорового образа жизни семьи. Задачей фельдшера является выявление факторов риска, устранение которых способствует минимизации обострений, укреплению иммунитета ребенка, а также предотвращает формирование хронической патологии органов дыхания.

Цель работы - особенности осуществления профилактической деятельности фельдшера при обструктивном бронхите у детей раннего возраста.

Для достижения поставленной цели необходимо решить задачи:

1.Проанализировать теоретические основы учения о обструктивном бронхите у детей раннего возраста.

2.Провести исследование детей на базе ГБУЗ Ейская «ЦРБ»МЗ КК.

3.Проанализировать полученные результаты исследования по выявлению особенностей осуществления профилактической деятельности фельдшера при обструктивном бронхите у детей раннего возраста.

Объект исследования: дети раннего возраста, детского отделения ГБУЗ Ейская «ЦРБ».

Предмет исследования: особенности осуществление профилактической деятельности фельдшера у детей раннего возраста при обструктивном бронхите.

Методы исследования: теоретический анализ использованных источников, опрос пациентов, осмотр пациентов , анкетирование, анализ медицинской документации.

# ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

# 1.1 Общие представления о обструктивном бронхите

Обструктивный бронхит – это воспаление с преимущественным поражением мелких бронхов протекающее с синдромом диффузной бронхиальной обструкции вследствие нарушения бронхиальной проходимости. Возникает чаще всего у детей первых 3 лет жизни и привлекает пристальное внимание педиатров в связи с распространенностью, отсутствием четких диагностических критериев и трудностью терапии. В связи с этим вопросы трактовки этиологии и патогенеза, клинического течения, дифференциальной диагностики, современного терапевтического лечения и профилактики являются приоритетными для [педиатрии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pediatrics/) и детской [пульмонологии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pulmonology/)[2].

Этиология обструктивного бронхита может быть различной - вирусной, бактериальной, грибковой, паразитарной, аллергической, смешанной, причем доктор медицинских наук Е. О. Комаровский считает, что 99% случаев возникает под действием вирусов, и только 1% детей страдает воспалением бронхов обусловленным воздействием бактерий, грибов, или аллергенов [14].

Таточенко В.К. считает, что генетическая склонность плюс влияние факторов окружающей среды приводит к тому, что развивается воспалительный процесс, в который вовлечены мелкие и средние бронхи, а также перибронхиальная ткань [9]. Различные микробные агенты имеют повышенное сродство к эпителию дыхательных путей. В результате их прикрепления происходит повреждение клеток цилиндрического мерцательного эпителия. Высвобождаются медиаторы воспаления, в том числе гистамин, брадикинин, лейкотриен, факторы активации тромбоцитов. Это повышает сосудистую проницаемость, возникает лейкоцитарная пропитка подслизистого слоя в результате миграции клеток воспаления. Как результат - происходит отек стенок бронхов, образование слизистого или слизисто-гнойного отделяемого. В итоге нарушается барьерная функция бронхиального дерева, так как в норме бронхи легко справляются с попадающими в них микробами или пылью. Происходит ограничение дренажной функции бронхов - они плохо выводят микробы и частицы, снижается функциональная активность мерцательного эпителия и затем следует «паралич» цилиарного (ресничного) аппарата. Это способствует продвижению инфекционного агента в нижние отделы респираторного тракта, нарушению респираторно-вентиляционной функции легких .У детей раннего возраста в связи с мелкими размерами дыхательных путей даже небольшое утолщение стенки мелких бронхов и бронхиол ведет к выраженным дыхательным нарушениям, к формированию обструктивного синдрома вследствие гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов. Происходит пропотевание альбумина (белка плазмы) и повышение вязкости бронхиального секрета способствует образованию слизистых пробок. Обструкция ведет к задержке воздуха, вздутию легких и нарушению обмена газов, развитию одышки, гипоксии [7].

Основным и наиболее заметным признаком развития обструктивного бронхита является характерный приступообразный кашель, сначала сухой малопродуктивный, а потом влажный с выделением мокроты, повышение температуры тела(до 37,5). Бронхиальная обструкция может присоединяться в первые сутки заболевания или через 2-3 дня. Стремительно нарастает дыхательная недостаточность: отмечается бледность кожных покровов или периоральный цианоз, отмечается увеличение частоты дыхания (до 50-60 в мин.) и продолжительности выдоха, который становится шумным, свистящим, слышимым на расстоянии; появляется клокочущее дыхание. Кроме тахипноэ, экспираторной или смешанной одышки отмечается задействованность в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Из-за затруднения дыхания дети принимают вынужденное положение тела (опираются на руки). Грудная клетка эмфизематозной формы, которая во время приступа расширяется. При пальпации определяется резистентность грудной клетки, ослабление голосового дрожания, уменьшается подвижность легочных краев. При перкуссии, когда болезнь прогрессирует, появляется коробочный перкуторный звук над легкими. При аускультации, отмечаются диффузные сухие или влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы, при обструкции появляются свистящие хрипы на выдохе, при форсированном выдохе, жесткое дыхание, а в стадии обострения еще и влажные хрипы. После откашливания меняются количество или тональность хрипов. Приступы обструктивного бронхита чаще случаются в ночное время и характерны молниеносным течением [11].

Первичный диагноз ставится на основе клинической картины заболевания: визуального осмотра, анализа характера кашля и мокроты и т.д. Лабораторные и рентгенологические методы на начальной стадии не выявляют никаких отклонений, поэтому применяются позже. При рентгеновском исследовании на снимках определяется вздутие ткани лёгких (повышенная прозрачность), горизонтальное расположение рёбер, расширение межрёберных промежутков. При лабораторных обследованиях: в общем анализе крови повышение СОЭ, при вирусном происхождении заболевания - лейкопения и лимфоцитоз, при присоединении бактериальной инфекции - лейкоцитоз и нейтрофилия. Повышенное количество эозинофилов - указывает на аллергический бронхит. Биохимический анализ крови - возможно понижение общего белка за счет его вымывания с мочой . Бактериологическое исследование мокроты - с его помощью можно определить вид возбудителя заболевания, выделив его из мокроты. При присоединении бактериальной инфекции мокрота становится слизисто - гнойной, содержит большое количество нейтрофилов. Также определяется чувствительность выделенного микроорганизма к антибиотикам при помощи диско-диффузионного метода. Общий анализ мочи - за счет незначительного обезвоживания организма повышается удельный вес мочи, может наблюдаться появление белка и цилиндров; реакция кислая. Исследование газового состава крови. Этот анализ очень важен при бронхите у детей, так как вследствие дыхательной недостаточности у них наблюдается гипоксемия и гиперкапния [12].

Дифференциальная диагностика проводится с бронхиальной астмой, рецидивирующим бронхитом, пневмонией, а также ларинготрахеитом. При бронхиальной астме отличительной чертой является наличие аллергического компонента. Симптомы удушья могут возникнуть в любое время суток, когда для обструктивного бронхита характерно начало в ночное время суток. Для рецидивирующего бронхита характерно повторение бронхита с обструктивным компонентом более трех раз за один год, когда для обструктивного бронхита характерно появление только один раз. При пневмонии отличительной чертой являет то, что как правило, не наблюдается обструкции, когда для обструктивного бронхита характерна обструкция. Для ларинготрахеита со стенозом гортани отличительной чертой является инспираторная одышка. При обструктивном бронхите одышка экспираторного характера [6].

Лечение приступов удушья при обстуктивном бронхите требует оказания неотложной помощи, которая направлена в первую очередь на снятие бронхообструкции и устранение дыхательной недостаточности.

Купирование бронхообструктивного синдрома: β2 - агонисты короткого действия (Беротек, Беродуал, Сальбутамол.) 5-10 капель (0-6 лет) в виде ингаляции разово по 2-3 вдоха. Механизм действия: бронхорасширяющий эффект, непродолжительный. При тяжелом течении бронхообструктивного синдрома допускается проведение 3 ингаляций β2-агониста короткого действия в течение 1 часа с интервалом 20 мин. Внутримышечное однократное введение Алупента (0,2 - 0,3 мл.) [5].

При неэффективности данной ингаляционной терапии или при отсутствии ингаляционных бронхолитиков вводят 2,4% раствор Эуфиллина в разовой дозе 4 - 6 мг/кг в/в струйно медленно или капельно на 0,9% растворе натрия хлорида. При отсутствии возможности в/в введения на догоспитальном этапе можно назначить эуфиллин внутрь в той же дозе или в ингаляции на физиологическом растворе натрия хлорида. Механизм действия оказывает бронхорасширяющее, спазмолитическое действие .

При ДН II и III степени: оксигенотерапия увлажненным кислородом через маску или носовой катетер; вместе с β2 - агонистом внутримышечно вводят один из кортикостероидных препаратов - Преднизолон 3-5 мг/кг, предпочтительнее Дексаметазон 0,6 мг/кг или Пульмикорд1 мл на физрастворе ингаляционно. Инфузионная терапия с целью восполнения объема циркулирующей крови, способствующая разжижению мокроты: глюкозо-солевые растворы (10% глюкоза и 0,9% раствор натрия хлорида) в соотношении 1:1 в суточном объеме 30 - 50 мл/кг со скоростью введения 10 - 15 капель в мин.; возможно использование реополиглюкина в дозе 10 - 15 мл/кг.

Перевод на ИВЛ при симптомах ДН III степени. Об эффективности лечебных мер судят по снижению частоты дыхания (на 15 и более в 1 минуту), уменьшению втяжений межреберий и интенсивности экспираторных шумов. Госпитализация при явлениях ДН I-II степени в отделение острых респираторных инфекций, при III степени - в реанимационное отделение.

Кроме методов неотложной помощи, проводится медикаментозное лечение, которое проводится с учетом этиологии и патогенеза. Основные направления терапии бронхиальной обструкции включают в себя улучшение дренажной функции бронхов, бронхолитической и противовоспалительной терапии.

В первые дни болезни необходимо соблюдать постельный режим. В течение дня менять ребенку положение тела, свешиваться с края кровати, чтобы облегчить отхождение мокроты. Необходимо увлажнять воздух в комнате, регулярно ее проветривать, обеспечить достаточное освещение прямыми солнечными лучами. Необходимо ограничить контакт ребенка с аллергенами - убрать одеяла, ковры т.д. На весь период заболевания рекомендуется обильное питье: компоты и морсы из свежих ягод, отвары сухофруктов. В период лихорадки показана легкоусвояемая витаминизированная пища в теплом виде, жидкой и полужидкой консистенции (супы, пюре). Из питания исключаются высокоаллергенные продукты (мед, шоколад, цитрусовые, пряности. Предпочтительнее молочно-растительная диета. Перкуссионный массаж [10].

Тяжелое течение приступа бронхиальной обструкции требует проведения оксигенации вдыхаемого воздуха, а иногда ИВЛ. Оксигенация проводится для поддержания адекватного уровня SаО2 (у детей>92%). Кислород подается при помощи носовых канюль, маски или кислородной палатки.

Этиотропная терапия: противовирусные препараты Интерферон интраназально по 0,25 мл (5 капель) в каждый носовой ход через 1-2 ч не менее 5 раз в сутки. Виферон по - 1 суппозиторий 1 -2 раза в сутки. Курс лечения от 5 - 10 дней. Если подтверждается бактериальная инфекция после бак.посева мокроты, применяются антибиотики пенициллинового ряда: Амоксиклав 60 мг/кг в сутки в 3 приема. Также применяются макролиды Сумамед, Макропен в первый день 20 мг/кг со 2 - 5 день 10 мг/кг, и цефалоспорины Цефазолин, Цефалексин и др.Курс лечения 5-10 дней. Антигистаминные препараты, назначаются детям, склонным к аллергическим реакциям Зиртек, Зодак от 2- 6 лет 2,5 мг 2 раза в день. Курс лечения 5-10 дней [9].

Патогенетическая терапия: основана на назначении противовоспалительных средств, среди которых также выделяют две группы: нестероидные противовоспалительные лекарственные средства, кортикостероидные препараты. При бронхиальной обструкции назначаются препараты бронхолитического действия. β2- агонисты. Наиболее распространенными препаратами являются Сальбутамол, Беротек детям до 6 лет - 0,05 мг/кг (т.е. одна капля на кг массы тела). Кратность до 3 раз в сутки. Антихолинергические средства. Механизм действия: снижается секреторная активность бронхиальных желез. Наиболее распространенными являются Ипратропиум бромид и Атровент через небулайзер детям до года - 10 капель на ингаляцию, старше года - 20 капель 3 раза в сутки. Наибольший бронходилятирующий эффект достигается при комбинации антихолинергических препаратов и β2-агонистов, Беродуал, по 1 дозе аэрозоля через спейсер 3 раза в сутки. Через небулайзер детям до 6 лет - 10 капель на одну ингаляцию. Теофилины короткого действия 2, 4% Эуфилин 4 мг/кг [4].

Третьим направлением является симптоматическая терапия. К ней относятся [противокашлевая](http://medvuz.com/med1808/firms/glenmark.php) и жаропонижающая терапия. Препараты, подавляющие кашель Синекод, Либексин при обструктивном бронхите не назначаются, так как так как подавляя кашлевой рефлекс они могут затруднить отделение мокроты и усугубить обструкцию. С целью лечения кашля при бронхитах в основном используют препараты, улучшающие мукоцилиарный транспорт, делятся на следующие основные группы: Средства, стимулирующие отхаркивание. (Термопсис, Алтей, Солодка, Бронхикум и др.) по 1/2 чайной ложки 3 раза в день. Муколитические препараты, разжижающие мокроту (АЦЦ, Бромгексин, Амброксоли др.).Для детей раннего возраста по 50-100 мг 3 раза в сутки. Детям до 2 лет препараты назначать с осторожностью, поскольку ребенку трудно откашливать обильную мокроту.

Если не начать своевременное и правильное лечение, то заболевание вызовет серьезные осложнения такие как: рецидивирующим бронхит; пневмония; самым тяжелым осложнением является бронхиальной астма. Летальные исходы при тяжелой бронхиальной астме у детей не представляют в настоящее время редкость - по мнению Балаболкина И.И этот показатель составляет 1 - 3%. Лечить бронхиальную астму намного сложнее, чем простой или обструктивный бронхит, поэтому в задачу фельдшера входит всеми силами препятствовать развитию данного осложнения [3].

# 1.2 Факторы и группы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста

Для того чтобы в организме ребенка начал развиваться патологический процесс не всегда достаточно влияния одной только инфекции. Часто необходимо влияние способствующих факторов, которые во многом определяют особенности течения и возникновения обструктивного бронхита у детей раннего возраста. В антенатальном периоде к ним относят: наследственная патология дыхательных путей; наличие аллергических заболеваний; гестоз беременной; инфекционные и бактериальные заболевания во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп, ОРВИ); внутриутробные инфекции приводящие к неправильному формированию или развитию бронхов в утробе матери и провоцирующее врожденную пневмонию; воздействие на органы дыхания химических и ядовитых веществ; ионизирующая радиация и электромагнитные излучения; перегревание или переохлаждение беременной; образ жизни беременной - курение, злоупотребление алкоголем, наркотики; психоэмоциональные стрессы; неправильное питание - ожирение, гипотрофия [6].

Среди постнатальных факторов риска выделяют: раннее перенесенная вирусная инфекция (ОРВИ, риновирусная инфекция, аденовирусная инфекция) перенесенная бактериальная инфекция (ангина, грипп); посещение детского сада во время эпидемии заболеваний; отягощенный аллегологический анамнез (пищевая аллергия, атопический дерматит, диатезы); родовые травмы (гипоксия, асфиксия и т.д.); раннее искусственное вскармливание; миграция круглых гельминтов; пассивное курение; фоновые заболевания (рахит, ЖДА, гипотрофии); факторы окружающей среды (неблагоприятная экологическая обстановка, переохлаждения.).

Немаловажным фактором является возраст, так как у детей раннего возраста недостаточно сформирована иммунная система, анатомо-физиологические особенности иные, чем у взрослых: тонкая слизистая, легко ранимая при воздействии повреждающих факторов, возбудителей заболеваний; недостаточно развитые железы бронхов, вырабатывающие вязкий секрет; низкая концентрация иммуноглобулинаА; узкий просвет бронхов; недостаточно сформированные механизмы самоочищения дыхательных путей; богатый сосудами подслизистый слой дыхательных путей - что часто становится причиной выраженного отека[7].

В группе риска находятся дети раннего возраста, посещающие детский сад, имеющие ослабленный иммунитет, с повышенным аллергическим фоном, страдающие частыми ОРВИ, Гриппом, имеющие генетическую предрасположенность, а также дети, которых рано переводят на искусственное вскармливание[12].

Зная о причинах развития и факторах риска возникновения обструктивного бронхита у детей раннего возраста, можно предупредить возникновение заболевание проводя профилактические мероприятия среди детей, находящихся в группе риска.

1.3 Основы профилактической деятельности фельдшера при

 обструктивном бронхите у детей раннего возраста

Профилактика обструктивного бронхита у детей - очень важная составляющая здорового образа жизни, которая поможет снизить вероятность данного заболевания, предотвратит развитие тяжелых осложнений. Занимается данными вопросами врач - педиатр, или фельдшер ФАПА, который в своей повседневной практической работе должен быть не только полноценным лечащим врачом, умеющим поставить точный диагноз и правильно лечить заболевшего ребенка, но и проводить своевременную профилактику. Главной целью его профилактической деятельности является умение выявить факторы риска и группы риска, а затем направить свои профилактические мероприятия на устранение выявленных факторов риска. С этой целью фельдшер проводит первичную, вторичную и третичную профилактику [1].

Первичная профилактика обструктивного бронхита у детей- это система мер, которая заключается в предупреждении возникновения и воздействия факторов риска развития заболевания: здоровый образ жизни обоих родителей, особенно в период вынашивания ребенка; грудное вскармливание на протяжении как минимум первого года жизни ребенка; правильное питание и насыщение организма витаминами для укрепления иммунитета и повышения сопротивляемости инфекционным заболеваниям; поддержание оптимального уровня здоровья путем закаливания организма в летний период; избегание людных мест в периоды эпидемий; избегание переохлаждений; вакцинация против сезонного гриппа (Превенар 13; Хип; Гриппол) [1]; увлажнение воздуха в жилых помещениях, в особенности в зимний период; ежедневные прогулки на свежем воздухе; предупреждение пассивного курения [6].

Вторичная профилактика предусматривает комплекс мер, сосредоточенных на стабилизации состояния, недопущение дальнейшего прогрессирования патологии. Своевременную диагностику и раннее начало лечения обструктивного бронхита. Вторичная профилактика активно использует метод скрининга. Суть его состоит в активной диспансеризации детей, входящих в группу риска по развитию обструктивного бронхита[12].

В работу входит осмотр ребенка по схеме: наблюдение педиатром 1 раз в 3 мес. Осмотры у фтизиатра, отоларинголога, 1 раз в год, который оценит состояние миндалин и сможет выявить патологию на начальном этапе, стоматолога 1 раз в год с санацией хронической инфекции у всех членов семьи, ЛОР-врач осматривает 1 раз в год. Причиной бронхообструкции могут быть аллергические реакции, поэтому 1 раз в год нужно посещать аллерголога. Показано санаторно - курортное лечение в таких городах как Анапа, Пятигорск, Горячий ключ.

Планируются следующие обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в год. Показано сдавать общий анализ мокроты (если она есть), чтобы исследовать состав патологической микрофлоры дыхательных путей и ее устойчивость к антибиотикам, что позволяет назначить наиболее подходящее лечение. Рентгенография грудной клетки - по показаниям. Спирография - 1 раз в год. Снятие с учета - при отсутствии обструктивных проявлений в течение 1 года [11].

Третичная профилактика, подразумевает виды реабилитации детей, которые в силу тяжести заболевания утратили первоначальное качество жизни. Основные задачи медицинской реабилитации детей с обструктивным бронхитом это: устранение факторов риска; закаливание; нормализация правильного питания; обеспечение возможно полной ликвидации патологических изменений органов дыхания и тем самым предупреждение хронизации процесса; нормализация показателей бронхиальной проходимости, положительная динамика параметров внешнего дыхания; по возможности предотвращение инвалидизации или ее уменьшение; улучшение качества жизни - постепенное приспособление организма ребенка к расширению режима, предупреждение двигательных расстройств и отставания в психомоторном развитии.

Таким образом, изучив теоретические основы обструктивного бронхита у детей раннего возраста можно прийти к выводу, что обструктивный бронхит- это тяжелое заболевание для ребенка, имеющее множество возбудителей, предрасполагающих факторов, тяжелую клиническую картину, и в случаях неблагоприятного лечения вызывающее тяжелые осложнения. Знание антенатальных и постнатальных факторов риска, активное их выявление, оказывают неоценимую помощь в проведении профилактических мероприятий, а также помогает значительно снизить частоту обострений болезни и уменьшить тяжесть течения обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

# ГЛАВА II ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

# 1.2Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе первого детского поликлинического отделения №1ГБУЗ Ейская «ЦРБ»МЗ КК, расположенного по адресу г. Ейск, ул. Победы, 111, среди детей раннего возраста с обструктивным бронхитом с помощью анкетирования, в которой учитывались особенности образа жизни родителей ребенка, уровень информированности о заболевании. Проводились методы субъективного и объективного обследования, использовалась информация, полученная из медицинской документации. При выполнении практической части исследовательской работы использовался статистический метод, проведен анализ поликлинических карт (форма №112/у) и осмотр детей раннего возраста с диагнозом обструктивный бронхит.

Первым этапом являлось проведение анкетирования и его анализ. Объектом исследования послужили дети раннего возраста с обструктивным бронхитом, проходившие лечение в детском отделении ГБУЗ Ейская «ЦРБ»МЗ КК.

К исследованию были привлечены двадцать детей раннего возраста. При анализе медицинской документации было выявлено, что обструктивный бронхит затрагивает детей любого возраста, но чаще всего ему подвержены дети раннего возраста от 1 до 3 лет, что составляет десять детей 50% от общего числа обследуемых детей; до одного года - четверо детей, что составляет 20%;от трех до пяти лет – шесть детей, что составляет 30%. Полученные данные, отражены в диаграмме (рис.1).

Рис. 1. Возраст детей с обструктивным бронхитом в исследуемой группе

Анализируя данные анкет были выявлены следующие факторы риска. В антенатальном периоде: курение беременных, отягощенный аллергологический анамнез (пищевая аллергия, бронхиальная астма.), наличие домашних животных, низкая медицинская активность родителей. В постнатальном периоде: перенесенные вирусные и бактериальные инфекции, отягощенный аллергологический анамнез (пищевая аллергия, диатез, атопический дерматит.), раннее искусственное вскармливание, фоновые заболевания (рахит, ЖДА, гипотрофия), несвоевременное проведение иммунопрофилактики, посещаемость детского сада в период эпидемии.

Одним из самых распространенных факторов среди двадцати обследуемых детей были раннее перенесенные респираторные вирусные инфекции (ОРВИ, риновирусная инфекция, аденовирусная инфекция и т.д.) – пятнадцать детей, что составляет 75% и бактериальные инфекции (стафилококк, стрептококк, клебсиелла и т.д.) – пять детей, что составляет 25%. Чаще всего обструктивный бронхит возникает после перенесенной вирусной инфекции, так как дети раннего возраста очень часто болеют риновирусными, аденовирусными инфекциями, гриппом, что отраженно в диаграмме, приведенной ниже (рис. 2).

Рис. 2. Перенесенные заболевания в исследуемой группе

Следующим важным фактором риска, который был выявлен в процессе анкетирования является аллергическая предрасположенность, проявляющаяся: явлениями пищевой аллергии девять детей, что составляет 45%,которое связанно с ранним искусственным вскармливанием, что способствовало ранней сенсибилизация организма. При введении корригирующих добавок у восьми детей, что составляет 40%, выявлена повышенная чувствительность в виде диатезов. У троих детей, что составляет 15% отмечался атопический дерматит.

Рис. 3.Аллергическая предрасположенность в исследуемой группе

Анкетирование среди родителей показало, что очень важную роль в развитии обструктивного бронхита у детей сыграло искусственное вскармливание. Из двадцати обследуемых детей шестнадцать, что составляет 80%, в первые месяцы жизни были переведены на искусственное вскармливание, что способствовало ранней сенсибилизации и готовности к аллергическим заболеваниям, послужило причиной снижения иммунитета, так как грудное молоко содержит иммуноглобулины, лизоцим, Т-лимфоциты, макрофаги, лейкоциты, нейтрофилы, интерферон и др., помогает новорожденному развивать иммунитет и бороться с инфекциями, особенно дыхательных путей и пищеварительного тракта. Четверо детей, что составляет 20%, находились на грудном вскармливании, у данной группы отмечалось значительно ниже заболеваемость инфекционными заболеваниями, иммунитет был более сформирован, что отраженно в диаграмме, приведенной ниже (рис.5).

Рис. 5. Виды вскармливания в исследуемой группе

В процессе анкетирования было выявлено, что среди всех обследуемых детей у четырнадцати, что составляет 70%,был хотя бы один курящий член семьи и в основном это были женщины, которые курили во время беременности и продолжают курить в настоящее время. И у шестерых детей, что составляет 30%,родители не курят, что изображенно на диаграме (рис. 6).

Рис.6.Курение родителей в исследуемой группе

Анализируя данные историй болезни у обследуемых детей были выявлены фоновые заболевания: у двоих детей, что составляет 10%,была выявлена гипотрофия, в результате чего отмечалось отставание в физическом развитии. У четверых детей, что составляет 20%, регистрировалась железодефицитная анемия І степени, и у шести детей, что составляет 30%, было выявлено течение рахита. Клинически у детей при осмотре отмечалась мышечная гипотония, деформации грудной клетки и позвоночника, что неблагоприятно повлияло на функцию внешнего дыхания и способствовало более тяжелому течению заболевания. У остальных восьми детей, что составляет 40%, фоновых заболеваний не было выявлено. Данные отражены в диаграмме(рис.7).

Рис. 7.Сопутствующие заболевания в исследуемой группе

Анализируя данные анкет, выявлена низкая медицинская активность родителей детей, которая обусловлена тем, что: девять детей, что составляет 45%, регулярно не наблюдаются у педиатра, а обратились только в связи с возникновением заболевания; десять детей, что составляет 50%, посещают детскую поликлинику два раза в год; один ребенок, что составляет 5% - один раз в год; пятнадцать родителей, что составляет 75%, не знают, что такое обструктивный бронхит, каковы причины данного заболевания, а также его осложнения; и четверо детей, что составляет 20%, на начальных этапах заболевания родители лечили самостоятельно, а когда детям стало хуже обратились в детскую поликлинику.

Информация, полученная из медицинской документации, позволила выявить и проанализировать результаты диагностических исследований подтверждающих наличие обструктивного бронхита у детей. В периферической крови определялись признаки острого воспалительного процесса в виде увеличенной СОЭ 80%, лимфоцитоза и лейкопении - что указывает о вирусном происхождении заболевания; лейкоцитоза и нейтрофилы 20% - что говорит о присоединении бактериальной инфекции. При объективном обследовании в результате осмотра детей с обструктивным бронхитом особое внимание обращалось на наличие дыхательной недостаточности, физикальные данные, характер кашля. Так, достоверно чаще у детей с обструктивным бронхитом имела место ДН І (80%), чем ІІ степени (20%). Физикальные симптомы обструктивного бронхита отмечались у всех детей: экспираторная одышка, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, мышцы плечевого пояса, грудной клетки. При пальпации ослабление голосового дрожания. При перкуссии отмечался коробочный перкуторный звук над легкими. При аускультации легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются распространенные по всем легким свистящие хрипы, которые после откашливания меняли свою тональность. Частый и продуктивный кашель имел место у детей 20%, а редкий, чаще по утрам - у остальных 80%.

Таким образом, в результате проведенного исследования среди детей раннего возраста страдающих обструктивным бронхитом на базе ГБУЗ МО Ейский район «ЦРБ», были выявлены следующие факторы риска. В антенатальном периоде у беременных женщин: курение, низкая медицинская активность родителей. В постнатальном периоде у детей: перенесенные вирусные и бактериальные инфекции, отягощенный аллергологический анамнез (пищевая аллергия, диатез, атопический дерматит.), раннее искусственное вскармливание, наличие фоновых заболеваний (рахит, ЖДА, гипотрофия). Особенностью осуществлений профилактической работы фельдшера является устранение данных факторов риска.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обструктивный бронхит - это воспалительное, полиэтиологическое заболевание, с преимущественным поражением мелких бронхов, протекающее с синдромом бронхиальной обструкции. По данным специальных исследований, в России у 10% детей раннего возраста респираторные болезни протекают с клиникой обструктивного бронхита. Такая высокая восприимчивость организма связанна с множеством возбудителей заболевания, наличием разнообразных факторов риска, анатомо-физиологическими особенностями дыхательных путей у детей раннего возраста, а также несформированным низким иммунитетом. Обструктивный бронхит вызывает множество осложнений, наиболее тяжелые из них: бронхиальная астма, рецидивирующий бронхит, пневмония, в связи с чем фельдшеру необходимо вовремя проводить профилактику данной патологии.

В ходе исследования было изучено 20 медицинских карт формы № 112/у «История развития ребенка», собран анамнез у матерей.

Результаты обследования показали, что в исследуемой группе детей были выявлены следующие способствующие факторы риска. В антенатальном периоде у беременных женщин: курение, отягощенный аллергологический анамнез (пищевая аллергия, бронхиальная астма), низкая медицинская активность родителей. В постнатальном периоде у детей: перенесенные вирусные и бактериальные инфекции, отягощенный аллергологический анамнез (пищевая аллергия, диатез, атопический дерматит.), раннее искусственное вскармливание, наличие фоновых заболеваний (рахит, ЖДА, гипотрофия), несвоевременное проведение иммунопрофилактики, посещаемость детского сада в период эпидемии. Выявленные особенности должны быть учтены при осуществлении профилактической деятельности фельдшера у данной категории детей, поэтому все проводимые мероприятия фельдшера направленны на устранение данных факторов риска.

#

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1.Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г №125н «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

2.Баранов А.А., Шиляев Р.Р., Чемоданов В.В. Болезни детей раннего возраста. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 204 с.

3.Баранов А.А. Детские болезни М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 674с.

4.Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста: учеб. пособие / под ред. К.А Арутюнян, А.Ф Бабцева. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015. - 37 с.

5.Бронхиты у детей: учеб. пособие / под ред. С.А. Гуцуляк. Иркутск.: ИГМУ, 2016. - 15 с.

6.Безруков Л.A. Профилактика обструктивного бронхита у детей грудного и раннего возраста: автореф. дис. д-ра. мед. наук. Москва.,2017. - 39 с.

7.Врождённые и наследственные заболевания лёгких у детей: учебн. пособие / под ред.  Ю.Е. Вельтищева, С.Ю. Каганова, В. М. Таля. М.: Медицина, 2013. - 222 - 236 с.

8.Геппе Н.А. Пропедевтика детских болезней М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. - 464с.

9.Практическая пульмонология детского возраста: учеб. пособие / под ред. В. К. Таточенко. М.: ГЭОТА -Медиа, 2010. - 243 с.

10.Курбанова. И.М Лечение обструктивных форм бронхита у детей раннего возраста [Электронный ресурс] // Научная статья. 2016 - 1 с. URL: <http://dendrit.ru/page/show/mnemonick/detibronch/> (дата обращения: 15.03.17.)
11.Смирнова М.О., Сорокина Е.В. Бронхиты у детей: принципы современной терапии. [Электронный ресурс] // Научная статья 2017 - 5-6 с. URL: <https://medi.ru/info/7011/> (дата обращения 20.03.17.)

12.Юлиш Е.И., Сорока Ю.А., Чернышева О.Е. О факторах риска возникновения обструктивного бронхита [Электронный ресурс] // Научная статья 2015 - 2 с. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34740> ( дата обращения 25.01.17.)