Бюджетное учреждение

профессионального образования

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Нижневартовский медицинский колледж»

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ДЕТСКОГО ВОЗРОСТА С ПНЕВМОНИЕЙ

Квалификационная выпускная (дипломная) работа

по специальности 060501 Сестринское дело

Квалификация «Медицинская сестра»

Выполнил(а) студент (ФИ.О.) (подпись)

Специальность:060501 "Сестринское дело"

Группа:

Руководитель (Ф.И. О.) (подпись) (место работы, должность, ученое звание, степень)

К защите допустить

Заместитель директора по учебно-производственной работе

Выпускная квалификационная работа выполнена с оценкой

Дата защиты «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Секретарь ГАК (Ф.И. О.) (подпись)

Нижневартовск

СОДЕРЖАНИЕ

[СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ](#_Toc421631631)

[ВВЕДЕНИЕ](#_Toc421631632)

ГЛАВА I [ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОСНОВНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЯ](#_Toc421631633)

1.1Этиология пневмонии………………………………………………………

1.2 Патогенез пневмонии………………………………………………………..

1.3 Основные симптомы пневмонии …………………………………………

1.4 Методы диагностики и лечения пневмонии, роль медицинской сестры в их проведении………………………………………………………………

1.5 Период реконвалесценции …………………………………………………

1.6 Профилактика пневмонии…………………………………………….

1.7 Диспансерное наблюдение……………………………………………..

ГЛАВА II. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Особенности работы медицинской сестры по организации ухода за больными пневмонией в условиях стационара…………………………………….

# 2.2 Деятельность медицинской сестры по организации ухода за больными пневмонией в условиях стационара………………………………………………….

ГЛАВА III. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

3.1 Сестринский уход при пневмонии у детей………………………………

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ](#_Toc421631652)

[СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ](#_Toc421631653)

[Практические рекомендации](#_Toc421631654)

[ПРИЛОЖЕНИЯ](#_Toc421631655)

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

**ВП** – внебольничная пневмония

**ВОЗ** – всемирная организация исследования

**МКБ** — международная классификация болезней

**СОЭ** – скорость оседания эритроцитов

**АЛТ** - Аланинаминотрансфераза

**АСТ** - Аспартатаминотрансфераза.

**ЛФК** – лечебная физкультура

**ЖКТ** – желудочно – кишечный тракт

**ОРВИ** – острая риновирусная инфекция

**C. trachomatis -** Chlamydia trachomatis

**S. pneumonia** - Streptococcus pneumoniae

**H. influenzae** - Haemophilus influenzae

**S. aureus** -Staphylococcus aureus

**M. pneumonia** - Mycoplasma pneumoniae

**C. pneumonia** - Chlamydophila pneumoniae

**S. pyogenes** - Streptococcus pyogenes

**т.д. –** так далее

**т.к. –** так как

**т.е. –** то есть

**ВВЕДЕНИЕ**

Среди инфекций нижних дыхательных путей пневмония представляет одну из серьезных проблем детского возраста. Актуальность данной темы обусловлена тем, что пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний. В России за год пневмонией заболевают около 1,5 млн человек. Актуальной проблемой в педиатрии является своевременная диагностика и адекватная терапия пневмонии в амбулаторных условиях, особенно у детей младшего возраста. Остается достаточно высокой заболеваемость и смертность от этого заболевания.

В 2014 г. среди всего населения Российской Федерации из 507 031 случая заболеваний ВП (заболеваемость 354,1 на 100 тыс. населения) на детей и подростков до 17 лет пришлось 181 313 случаев (заболеваемость 678,7 на 100 тыс. населения), из них на детей до 15 лет 171 604 случая (заболеваемость 762,3 на 100 тыс. населения) [4]. Таким образом, заболеваемость ВП среди детей до 15 лет более чем в 2 раза превышает заболеваемость для населения в целом. Данные по заболеваемости ВП представлены в таблице 1

Табл.1 Динамика показателей заболеваемости ВП у детей и подростков в РФ.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | | 2011г | 2012 г | 2013 г | 2014 г |
| У детей в возрасте до 17 лет включительно | абсолютное число | 139 016 | 168 391 | 190 711 | 181 313 |
| на 100 тыс. населения | 534,3 | 642,5 | 722,8 | 678,7 |
| У детей в возрасте до 15 лет включительно | абсолютное число | 129 055 | 154 160 | 176 093 | 171 604 |
| на 100 тыс. населения | 607,4 | 711,5 | 800,9 | 762,3 |

Максимальная заболеваемость ВП у детей наблюдается в возрасте 2–4 лет (3–7 %) и у подростков в возрасте 15–18 лет (0,8–1,3 %). В разные годы среди заболевших ВП на долю детей первого года жизни приходится 1–3 %, с 2 до 4 лет — 35–40 %. В течение года заболеваемость ВП минимальная в летние месяцы, повышается в октябре–декабре, достигает максимума в январе–апреле и снижается в мае–июне. Смертность пневмонии является первой по значимости причиной смерти детей в мире — ежегодно она уносит жизни 1,8 млн детей в возрасте до пяти лет, более 98 % из которых проживают в 68 развивающихся странах. В Российской Федерации болезни органов дыхания у детей в возрасте 0–17 лет занимают третье место в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития.

По данным ВОЗ пневмония является главной причиной детской смертности во всем мире. Среди причин летальности у детей до 5 лет на ее долю приходится 17,5%, что ежегодно в мире составляет около 1,1 млн смертельных случаев (это больше, чем СПИД, малярия и корь вместе взятые). При этом 99% летальных случаев от пневмонии у детей до 5 лет приходятся на слабо и средне развитые страны мира.

В глобальном исследовании было установлено, что в 2010 г. летальность в связи с тяжелыми острыми инфекциями нижних дыхательных путей у госпитализированных детей в возрасте до 5 лет в развивающихся странах была почти в 4 раза выше, чем в развитых (2,3% и 0,6%, соответственно) [8]. По данным Минздрава РФ болезни органов дыхания у детей в возрасте 0–17 лет занимают третье место в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития. В РФ в последние годы произошло значительное снижение смертности от пневмонии детей первого года жизни: с 16,1 в 1995 г. до 2,7 в 2012 г. на 10 000 родившихся живыми (при этом, в 24% пневмония выступает не основной, а конкурирующей причиной смерти больных).

**Цель выпускной квалификационной работы:** Определить роль медицинской сестры в организации ухода за пациентами детского возраста с пневмонией.

**Объект исследования:** пациенты детского возраста с пневмонией.

**Предмет исследования:** роль медицинской сестры в организации ухода.

Из поставленной цели выпускной квалификационной работы ставятся следующие **задачи:**

1. Провести теоретический обзор основных понятий исследования: этиология, патогенез, классификация заболевания, принципы диагностики и профилактики.
2. Изучить морфологические формы внебольничной пневмонии.
3. Изучить статистические данные о заболеваемости.
4. Подготовить практические рекомендации по системе профилактических мер, повышающих качество жизни пациента с пневмонией.
5. Создать буклеты для родителей.

**Методы исследования:** анализ и обобщение специальной, медицинской и научной литературы, анализ статистических данных, проектирование теоретической и практической частей исследования анкетирование, собеседование, методы математической статистики.

**Теоретическая значимость исследования:** заключается в изучении литературы по данному заболеванию и выявлении основных форм и методов работы с пациентами.

**Практическая значимость:** определяется тем, что найденные способы, методы и формы работы будут положительно влиять на здоровье пациентов с различными формами пневмонии.

**Содержание работы:** Выпускная квалификационная работа на тему: «Роль медицинской сестры в организации ухода за пациентами детского возраста с пневмонией» состоит из 3 глав, содержит 55 страниц, 8 диаграмм, 1 гистограмма, 4 таблицы, 14 источников литературы, практические рекомендации, 5 приложений на 8 страницах.

**ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОСНОВНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Пневмония — воспаление лёгочной ткани, как правило, инфекционного происхождения с преимущественным поражением альвеол (развитием в них воспалительной экссудации) и интерстициальной ткани легкого. Пневмония может поражать целую долю легкого, её сегмент или сегменты, альвеолы или группы альвеол, в том числе прилежащие к бронхам или интерстициальную ткань. Эти различия выявляются, главным образом, при физикальном и рентгенологическом обследовании больных.

**1.1 Этиология пневмонии**

Этиология пневмоний у детей весьма разнообразна и тесно связана с условиями развития заболевания, возрастом и преморбидным фоном ребенка.У новорожденных преобладает внутриутробное (анте- и интранатальное) и нозокомиальное (в том числе связанное с ИВЛ) инфицирование. Внебольничные пневмонии наблюдаются у доношенных, в основном после 3–6 недель жизни, у недоношенных – после 1,5–3 недель.

Таблица.2 Возбудители пневмонии в зависимости от возраста

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возраст** | **Вирусы** | **Бактерии** |
| 2 недели –  2 месяца | Риносинтициальный вирус,  Аденовирус,  Вирусы парагриппа | *S. aureus,*  *Грамнегативные энтеробактерии,*  *C. trachomatis* |
| 2 месяца –  4 года | Риносинтициальный вирус,  парагрипп 3 и 1 типов,  грипп А и В,  аденовирус,  риновирусы, энтеровирусы, короновирусы  вирусы кори, краснухи, ветряной оспы | *S. pneumoniae,*  *H. influenzae,*  *М. pneumoniae,*  *C. pneumoniae,*  *S. aureu,*  *S. pyogenes .* |
| 5 - 7 лет | Риносинтициальный вирус,  парагрипп 3 и 1 типов,  грипп А и В,  аденовирус | *S. pneumoniae*  *M. pneumoniae,*  *H. influenzae,*  *C. pneumoniae* |
| Старше 7 лет | Гриппт А и В  Парагрипп 3 и 1 типов | *M. pneumoniae,*  *S. pneumoniae,*  *C. pneumoniae* |

**1.2 Патогенез пневмонии**

Пневмония является инфекционным заболеванием, связанным с проникновением микроорганизмов в респираторную систему. Патогенные микроорганизмы могут попасть в легкие несколькими путями: аспирация секрета носоглотки, вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы и гематогенное распространение микроорганизма из вне легочного очага инфекции. Возможны 3 пути проникновения возбудителей пневмонии в легкие: аэрогенный (бронхогенный), гематогенный и лимфогенный (из соседнего участка легочной ткани). Основной путь проникновения микроорганизма в легочную ткань - аэрогенный. Обычно это аспирация инфицированного секрета ротоглотки, реже - вдыхание аэрозоля, содержащего большое количество микроорганизмов. Лимфогенный и гематогенный пути инфицирования редки и не имеют большого практического значения. Пути проникновения для микроорганизмов могут различаться.

Факторы риска для развития пневмонии у детей:

1. Хронические очаги инфекции в ЛОР - органах (ангины).
2. Охлаждение или перегревание ребёнка.
3. Нерациональный режим дня.
4. Недостаточный сон (менее 10 часов у детей младшего школьного возраста), малое время нахождения на свежем воздухе. Недостаточное физическое воспитание и закаливание.
5. Несоблюдение эпидемиологического режима. В детских коллективах при заболевании нескольких детей инфекция рассеивается во время кашля, чихания, разговора, крика и передаётся здоровым детям. Поэтому, больные дети должны находиться дома во время болезни.

**Классификация пневмоний**

В соответствии с МКБ 10 и «Классификацией клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей» выделяют следующие формы пневмонии по этиологии: бактериальная, вирусная, грибковая, паразитарная, хламидийная, микоплазменная, смешанная. Недостаточная информативность и значительная продолжительность микробиологических исследований, распространенная практика приема антибактериальных препаратов до обращения за медицинской помощью являются причиной отсутствия этиологического диагноза у 50–70% пациентов. Ориентирование на клинические симптомы при этиологической диагностике малоинформативно, что делает невозможным широкое практическое использование этиологической классификации пневмонии в настоящее время.

**Морфологические формы внебольничной пневмонии**

По морфологическим формам выделяют: очаговую, очагово-сливную, сегментарную, полисегментарную, лобарную и интерстициальную пневмонии.

**Очаговая пневмония** — один или несколько очагов пневмонической инфильтрации размером 1–2 см.

**Очагово-сливная** (псевдолобарный инфильтрат) — неоднородная массивная пневмоническая инфильтрация, состоящая из нескольких очагов. Может осложняться деструктивными процессами и экссудативным плевритом.

**Сегментарная** — пневмония, границы которой повторяют анатоические границы 1-го сегмента.

**Полисегментарная** — пневмония, границы которой повторяют анатомические границы нескольких сегментов. Часто протекает с уменьшением размеров пораженного участка легкого (ателектатический компонент).

**Лобарная (долевая) пневмония** — воспалительный процесс охватывает долю легкого. Вариантом течения долевой пневмонии является крупозная пневмония.

**Интерстициальная** — наряду с негомогенными инфильтратами легочной паренхимы имеются выраженные, иногда преобладающие изменения в интерстиции легких. Редкая форма пневмонии, которая развивается у больных с иммунодефицитными состояниями (ИДС).

**По течению** выделяют ВП с острым течением (длительностью до 6 недель) или затяжным (длительностью более 6 недель). Хронический вариант течения пневмонии в настоящее время не рассматривается и не включен в «Классификацию клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей»

**По тяжести** различают ВП средней тяжести и тяжелую. Тяжесть ВП определяется выраженностью клинических проявлений и наличием осложнений.

**По   условий инфицирования и времени развития заболевания:** внебольничные (первичные),госпитальные пневмонии, аспирационные, пневмонии при иммунодефицитных состояниях;

**Осложнения** — плевральные (плеврит), легочные (полостные образования, абсцесс), легочно-плевральные (пневмоторакс, пиопневмоторакс), инфекционно-токсический шок.

Таблица.3 Классификация пневмоний.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| По этиологии | По морфологическим формам | По течению | По тяжести | По   условий инфицирования и времени развития заболевания | По наличию или отсутствию осложнений |
| бактериальная  вирусная грибковая  паразитарная  хламидийная микоплазменная  смешанная | очаговая  очагово-сливная  сегментарная  полисегментарная  лобарная интерстициальная | острый  хронический | средней тяжести и  тяжелая | внебольничные (первичные),госпитальные пневмонии, аспирационные, пневмонии при иммунодефицитных состояниях. | плевральные (плеврит),легоч-ные (полостные образования, абсцесс),легочно-плевральные (пневмоторакс, пиопневмотора), инфекционно-токсический шок. |

**1.3 Основные симптомы пневмонии у детей**

1.Клинические симптомы: заболевание начинается с потрясающего озноба сопровождающего лихорадку от 38,7 до 40 С° постоянную или волнообразную, озноб, потеря аппетита, головная боль, слабость, недомогание, синюшность кожных покровов, кашель сначала сухой затем (через 2 – 3 суток) влажный с выделением мокроты, боль в грудной клетке на стороне поражения, одышка.

2.Физикальные симптомы пневмонии: укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, бронхофония и локальные мелкопузырчатые хрипы. Они выявляются у 40-80% больных.

Лабараторная диагностика:

Общий анализ крови - значительное ускорение СОЭ (40-50мм в час),лейкоцитоз 15-20·109/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Биохимический анализ крови – C-реактивный белок, повышение фибриногена, диспротеинемия.

Анализы мокроты (общий, на чувствительность к антибиотикам, на ВК и атипичные клетки).

Общий анализ мочи – протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия – токсическая почка.

3.Рентгенологические симптомы: затемнение (инфильтрация) пораженной доли или сегмента легкого.

Тяжесть заболевания бывает разной и зависит от степени интоксикации, нарушения функции органов и в первую очередь дыхательной системы и степени выраженности гипоксии.

Тяжесть гипоксии определяется выраженностью одышки, цвета кожных покровов.

Симптомы одышки: синюшность кожных покровов, раздувание крыльев носа, беспокойство, растерянность, втяжение межреберных промежутков, яремной ямки, подключичных областей.

Одышку оптимально оценивать по критериям ВОЗ (таблица 3).

Таблица.4 Возрастные критерии одышки (ВОЗ 1991г)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст | Норма (дыханий\мин) | Одышка  (дыханий\мин) |
| До 3 месяцев | 40-60 | >60 |
| 3-12 месяцев | 25-40 | >50 |
| 1 - 5 лет | 20-30 | >40 |

**1.4 Методы диагностики и лечения пневмонии, роль медицинской сестры в их проведении**

Постановка диагноза основывается на результатах лабораторных и инструментальных исследованиях.

Основными методами диагностики являются:

* обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях;
* компьютерная томография легких выполняется при низкой интенсивности рентген снимка легких или необходимости дифференцировки между различными формами патологии дыхательных путей. Такая диагностика рациональна при неэффективности консервативной терапии патологии.

Для выявления воспаления легких применяются следующие методы диагностики пневмонии:

* общий анализ крови с определением содержания лейкоцитов;
* биохимический анализ крови на выявление С - реактивного белка, уровня глюкозы и печеночных ферментов (АЛТ, АСТ);
* взятие и исследование мокроты по Грамму на определение чувствительности возбудителя к антибиотикам;
* микробиологическое исследование крови на выявление анаэробных и аэробных микроорганизмов;
* серологические тесты при подозрении на атипичные пневмонии: легионелла, хламидии, микоплазма;
* перкуссия - простукивание границ легочных полей, которые уплотняются при воспалительных процессах в легочной ткани;
* определение концентрации газов в артериальной крови у больных с признаками дыхательной недостаточности;
* бронхоскопия мокроты, применяется при неэффективности лечения у людей со сниженными функциями иммунной системы.

**Методы лечения больных пневмонией:**

Пневмония, это тяжелое заболевание и требует серьезного лечения. Лечение включает комплекс мероприятий с учетом особенностей клинического течения и патогенеза отдельных форм пневмонии. Эффективность лечения больных пневмонией, определяется диагностикой и своевременной госпитализацией.

Лечение в стационаре:

1.**Режим**. Назначается пастельный режим с целью ограничения физической активности пациента (это снизит потребность клеток организма в кислороде следовательно, позволит адаптироваться к условиям гипоксии при нарушении удовлетворения потребности «дышать»).

2.**Диета №13.**Главной целью диеты является ускорение восстановительных механизмов организма. Диета направлена на щажение органов пищеварения, а также на скорейшее выведение из организма микробных токсинов. Также этот стол стимулирует защитные силы организма.

3.**Медикаментозное лечение** назначается с цельюполного уничтожения возбудителя, снижения интоксикации, предупреждения затяжного течения и осложнений заболевания.  
 4.**Физиотерапия** назначается с целью улучшения кровоснабжения легких, активизации адаптивно – приспособительных процессов в дыхательной и сердечно – сосудистой систем, снижения выраженности патологических аутоиммунных процессов в организме.

5.**Лечебная физкультура**  назначается с целью усиления крово- и лимфообращения в легких, чтобы быстрее рассосался экссудат и выделилась мокрота, предупреждения осложнений и восстановления нормального дыхания.

6.**Массаж** назначается для улучшения общего состояния больного, достижения углубления дыхания и укрепление дыхательной мускулатуры.

Лечение в стационаре:

1.Режим. Назначается постельный режим в течение всего лихорадочного периода и интоксикации, а также до ликвидации осложнений. Ребенок должен лежать с возвышенным головным концом для облегчения дыхания.

Через 3 дня после нормализации температуры тела и исчезновения интоксикации назначается полупостельный и затем палатный режим. Огромное значение при лечении острой пневмонии имеет правильный уход за больным: просторное помещение; хорошее освещение; вентиляция; влажная уборка (не менее 2 раз в день), свежий воздух в палате (проветривание помещения не менее 4 раз в день), кварцевание, что улучшает сон; тщательный уход за полостью рта.

В комнате, где находится больной пневмонией, температура не должна превышать 22 градусов, иначе ребенок перегревается и начинает потеть, а вспотев, легче охлаждается. Кроме того, организм больного, отдавая лишнее тепло, затрачивает много энергии, и защитные силы его ослабевают.

Не следует одевать ребенка слишком тепло. Особенно вредно туго завертывать малышей с прижатыми ручками. Ведь дыхание у них из-за болезни затруднено, а тугое завертывание еще более его затрудняет. Ребенка нужно укладывать в кроватку так, чтобы грудь и голова были чуть приподняты. Для этого под верхнюю часть туловища следует подложить лишнюю подушку или сложенное одеяльце. Больному, даже самому маленькому, необходима спокойная обстановка — надо избегать излишнего хождения по комнате, громких разговоров, яркого света.

Особенное значение для больного воспалением легких имеет свежий воздух. Проветривать комнату надо утром и вечером.

2**.** Назначается диета №13 со сниженной энергоценностью, за счет жиров и углеводов, с повышенным содержанием витаминов. Диета разнообразная по набору блюд, но с ограничением овощей, молока в свободном виде, острых блюд, закусок и пряностей.

Пища пюреобразная, вареная или паровая. Диета для острых инфекционных больных должна быть механически, химически и термически щадящей. Температура холодных блюд не ниже 15°С, горячих – не выше 65°С. При кулинарной обработке продуктов используется только варка в воде или на пару. Запрещено жаренье, тушение и запекание в духовке.

Необходимо частое дробное питание малыми порциями. Прием пищи не менее 6 раз.

Жидкость необходимо принимать в больших количествах (до 2,5 л), именно это ускоряет выведение токсинов и облегчает состояние больного. Поваренную соль рекомендуется употреблять в несколько пониженном количестве - 6 г.

**Рекомендуемые блюда и продукты:**

Хлеб пшеничный из муки высшего сорта, подсушенный или в виде сухариков; супы некрепкие, обезжиренные мясные и рыбные бульоны, мясо и птица нежирных сортов, приготовленные на пару; суфле и пюре из отварного мяса, котлеты, фрикадели паровые, рыба нежирных сортов в отварном и паровом виде, куском или рубленая; молоко и молочные продукты – кисломолочные напитки; яйцо всмятку, белковый омлет; крупы (гречневая, рисовая, овсяная).

В качестве гарниров можно готовить отварные и тушеные овощи (в виде рагу, икры, пюре). Картофель, морковь, свекла, цветная капуста, тыква в виде пюре, суфле, паровых пудингов; свежие фрукты и ягоды, не жесткие, термически и механически обработанные, в форме пюре, муссов, компоты, морсы, кисели, варенья, мармелад.Напитки – некрепкий чай и кофе с лимоном или молоком, отвар шиповника.

**Исключаемые продукты и блюда:**

Ржаной и любой свежий хлеб, сдоба; острые закуски; жирные бульоны щи, борщи. По возможности пищу готовят без использования растительного масла. Жирные сорта мяса, птицы, рыбы; колбаса, копчености, соленая рыба, мясные и рыбные консервы. Нельзя употреблять в пищу жареные яйца или яйца, сваренные вкрутую; цельное молоко и сливки, жирная сметана, жирные и острые сыры; пшено, перловая и ячневая крупы, макароны.

Исключают продукты, которые вызывают повышенное газообразование - цветная и белокочанная капуста, редька, бобовые (горох, фасоль в виде каш, в составе супов, рагу или других блюд) белокочанная капуста, редис, редькап

плоды, богатые клетчаткой. Не рекомендуется употреблять крепкие кофе, чай, категорически запрещаются алкогольные напитки.

**Примерное меню на один день в острый период пневмонии**

**1-й завтрак**: по одному стакану манной каши на молоке и самого молока.

**2-й завтрак**: один стакан фруктового киселя из любых представленных фруктов, а также стакан отвара из сушеных или свежих ягод малины с добавлением одной чайной ложкой меда.

**Обед**: 200 мл перлового супа на мясном бульоне, примерно 70 граммов пюре из картошки с небольшим кусочком (не более 100 грамм) жареной рыбы. Для вкуса можно добавить немного масла. На десерт – 250 граммов арбуза.

**Полдник**: 200 граммов яблочного пюре и один стакан дрожжевого напитка с мёдом.

**Ужин**: 100 грамм творога с изюмом, один стакан отвара [шиповника](http://www.ayzdorov.ru/tvtravnik_shipovnik.php) и 100 граммов шоколада.

**На ночь** – стакан молока.

**На весь день** – 150–200 граммов хлеба; сахара и масла – как можно меньше.

# 3.Медикаментозное лечение.

# Основным методом лечения пневмонии остается медикаментозное лечение, важная роль в проведении которой, отводится медицинской сестре. Эффективность лечения во многом зависит от профессиональной деятельности медицинской сестры. Лечение пневмонии имеет свои особенности и требует не только безукоризненного выполнения назначений врача, но и пристального наблюдения за больным, т.к. медикаментозное лечение может осложняться побочными реакциями. Для того чтобы эффективно его провести медицинская сестра должна знать основные группы лекарственных препаратов, применяемых при лечении пневмонии, знать возможные побочные эффекты, чтобы своевременно их заметить и сообщить врачу.

Для того чтобы лечение была эффективной и безопасной необходимо:

1. Медицинская сестра должна строго выполнять назначения врача при проведении лечении пневмонии. Лечение пневмонии имеет свои особенности, именно при лечении пневмонии очень важно провести правильный выбор антимикробного препарата, соблюдение режима дозирования и проведение полного курса антибиотикотерапии

2. Лечение пневмонии следует начинать с выявления и идентификации возбудителя и определения чувствительности выявленной патогенной микрофлоры к противомикробному лекарственному средству т.е. до начала антимикробной терапии необходимо правильно собрать инфекционный материал - мокроту и отправить на бактериологическое исследование, где определяют возбудителя и его чувствительность к антибиотику. Только на этой основе врач может сделать оптимальный выбор препарата. А это работа медсестры. Важно собрать мокроту до начала антибактериальной терапии

3. При назначении антибактериальной терапии необходимо сделать аллергологическую пробу по назначению врача! Перед проведением пробы медицинская сестра должна тщательно собрать алергоанамнез и следить за возможными проявлениями аллергии, т.к. антибиотики, наиболее часто дают аллергические реакции.

4. В течение всего курса лечения контролировать возможное

появление нежелательных эффектов, и при первых же их появлениях сообщить врачу. При применении антибактериальных препаратов, могут быть не только аллергические реакции, но и токсические, о которых должна знать медицинская сестра и вовремя их заметить. Так многие антибиотики вызывают гепатотоксическое и нефротоксическое побочное действие.

5. При применении бронходилятаторов медицинская сестра должна научить пациента пользоваться ими, объяснить опасность бесконтрольного приема этих препаратов. Если больному назначен эуфиллин в таблетках необходимо объяснить, что его надо принимать после еды и запивать достаточным количеством воды, т.к. он оказывает раздражающее действие на слизистую ЖКТ.

6. При применении противовоспалительных препаратов, необходимо объяснить пациенту, что их следует принимать после еды и запивать достаточным количеством воды, т.к. они оказывают раздражающее действие на слизистую оболочку ЖКТ.

7. Своевременно и правильно проводить исследования, назначенные врачом. Постоянно контролировать эффективность и безопасность фармакотерапии ЧДД, ЧСС, АД, состояние кожи и слизистых оболочек, своевременно направлять на контрольные исследования, назначенные врачом.

8. Медицинская сестра должна проводить обучающую работу с пациентом направленную на ведение ЗОЖ, отказа от вредных привычек, обязательно убедить больного продолжить лечение в амбулаторных условиях после выписки из стационара. Это позволит исключить возможность осложнений, и добиться наиболее хорошего восстановления.

Роль медицинской сестры заключается в своевременном и адекватном оказании качественной медицинской помощи пациенту. Пристальное наблюдение медицинской сестры и хороший уход поможет быстрому выздоровлению пациента.

Для лечения пневмонии назначаются следующие группы препаратов:

1.Антипиретики (парацетамол, ибупрофен) при пневмонии используют ситуационно.

2.Муколитическая и отхаркивающая терапия. В начале заболевания при сухом кашле назначаются настой алтея, мукалтин, корень солодки, бромгексин, нашатырно-анисовыекапли, лазолван.   
  
 3.Бронхоспазмолитическая терапия. Показано применение бета-2-агонистов короткого действия в виде монотерапии или в составе комбинированных лекарственных препаратов (беродуал,эуфиллин).Длительность терапии определяется клинической симптоматикой.

4. Дезинтоксикационная терапия: солевые растворы (физиологический, Рингера и т.д.) 1000-3000 мл, глюкоза 5% -400-800 мл/сут,гемодез 400 мл/сут. Растворы вводятся под контролем центрального венозного давления и диуреза.

5.Отвлекающая терапия применяется после нормализации температуры тела. Показаны горячие общие и ножные ванны, горчичники, горчичные ножные ванны (при отсутствии аллергии к горчице). Витаминотерапия. Назначают витамин С, витамин А, витамин Е, витамин В1, В2, В6.

Кислородотерапия. Кислород через маску, катетеры, искусственная вентиляция легких в зависимости от степени дыхательной недостаточность.

**Антибактериальная терапия**

Лечение пневмонии у новорожденного ребенка практически всегда проводится в стационаре. Антибиотики вводятся парентерально. При внутриутробных пневмониях препаратами выбора являются ампициллин, ампициллин/сульбактам в сочетании с аминогликозидами.  
Эмпирический выбор антибиотиков при лечении внебольничных пневмоний представлен в табл.4. Приведенные в графе "Антибиотики выбора" препараты обладают примерно одинаковой эффективностью. Выбор между ними основывается на материальных возможностях. «Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии» указано в приложении.

4.Физиотерапия. В остром периоде при снижении температуры тела показаны УФО, СВЧ, УВЧ, диатермия, щелочные и щелочно-солевые ингаляции с йодистым калием. В периоде рассасывания назначается теплолечение, парафиновые, озокеритовые аппликации, электрофорез магния, кальция, алоэ, йодистого калия.

5.ЛФК. При занятиях ЛФК улучшается подвижность грудной клетки, увеличивается ЖЕЛ, улучшаются работа системы кровообращения и снабжение тканей кислородом, повышаются защитные возможности организма, улучшаются вентиляция и дренажная функция бронхов. Все это в конечном счете ускоряет рассасывание воспалительного очага в легких.

ЛФК назначают на 2-3-й день снижения температуры тела, при удовлетворительном состоянии больного.

В остром периоде пневмонии проводится лечение положением. Больному рекомендуется лежать на здоровом боку 3-4 ч в день. Такое положение улучшает аэрацию больного легкого. Для уменьшения образования спаек в диафрагмально-реберном углу рекомендуется лежать на здоровом боку с валиком под грудной клеткой. Положение на животе уменьшает образование спаек между диафрагмальной плеврой и задней стенкой грудной клетки, положение на спине - между диафрагмальной плеврой и передней грудной стенкой.

Таким образом, в остром периоде заболевания необходимо менять положение в течение дня.

Во время пребывания больного на постельном режиме при снижении температуры тела назначаются статические дыхательные упражнения для усиления вдоха и выдоха, и улучшения отхождения мокроты (глубокий вдох носом и медленный выдох ртом, слегка надавливая руками на грудную клетку и верхнюю часть живота для усиления выдоха).

По мере улучшения состояния больного дыхательные упражнения сочетают с упражнениями для конечностей и туловища, в дальнейшем включаются дыхательные упражнения с сопротивлением для увеличения силы дыхательных мышц. Производится дозированное сдавливание того или иного отдела грудной клетки соответственно исходной силе дыхательных мышц. Дыхательные упражнения лучше выполнять в положении сидя или стоя.

По мере улучшения клинического состояния больного назначаются общеукрепляющие физические упражнения, в дальнейшем включаются ходьба, спортивно-прикладные упражнения (ходьба, игры с мячом, тренажеры, велосипед).

Очень большое значение имеет тренировка диафрагмального дыхания в положении лежа или стоя. Больной стоит с широко расставленными ногами; отводя руки в стороны, делает вдох, затем, переводя руки вперед и наклоняясь вниз, производит медленный выдох, во время которого следует втягивать мышцы живота.

## 6. Массаж при пневмонии у детей проводится с целью снятия остаточных явлений болезни. Его нельзя выполнять, если недуг находится в острой стадии.

## Виды массажа, применяемые при пневмонии у детей:

* Дренажный. Великолепно способствует отхождению слизи из легких и усиливает ее откашливание. Применяется даже у грудничков.
* Баночный. Заметно улучшает циркуляцию крови, в результате чего увеличивается потоотделение, способствующее выведению токсинов через кожу. Оказывает тепловое воздействие на пораженные участки тканей.
* Точечный. Способствует активизации внутренних ресурсов организма у детей, направляемых на усиление иммунитета и восстановление нормальной работы органов и систем.
* Перкуссионный. Улучшает вентиляцию легких, снимает усталость с дыхательной мускулатуры, способствует отхождению мокроты.
* Медовый. Массаж возвращает ребенку бодрость. Мед, проникая в организм через кожу, насыщает его большим количеством активных компонентов, близких по составу к плазме.
* Сегментарный. Способствует нормализации крово- и лимфообращения, улучшению подвижности грудной клетки, отхождению мокроты*.*

Если ребенок с пневмонией находится на домашнем лечении, важно:

* соблюдать постельный режим – малыш должен отдыхать;
* своевременно давать ребенку назначенные препараты; (Антибактериальные препараты для лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях представлено в приложении)
* следить за питанием ребенка – он должен получать все необходимые вещества и микроэлементы;
* соблюдать питьевой режим – допустимо давать травяные чаи, минеральную воду без газа, свежие фруктовые соки;
* регулярно проветривать помещение, в котором находится болеющий – но при этом ребенок не должен находиться на сквозняке;
* соблюдать температурный режим – температура воздуха в комнате должна составлять около 20°;
* если назначены дополнительные процедуры (например – электрофорез, ЛФК, массаж), родители должны обеспечить их посещение.

**1.5 Период реконвалесценции**

Критериями излеченности пневмонии являются: стойкая нормализация температуры тела; удовлетворительное общее состояние, хороший аппетит и сон; отсутствие одышки, кашля, физикальных изменений в легких (везикулярное дыхание, перкуторно - легочной звук, хрипы не прослушиваются); нормализация анализов крови; нормализация рентгенологической картины легких.

**1.6 Профилактика пневмонии**

Профилактика пневмоний должна начинаться еще до рождения ребенка. Предупреждение респираторных и других инфекций, правильное питание матери, строгие ограничения в отношении приема ею антибактериальных препаратов являются важными составляющими факторами антенатальной профилактики.

Профилактика пневмоний во многом зависит от работы родовспомогательных учреждений. Предупреждение асфиксии и травм, стафилококковых и других инфекций в родах снижает вероятность бронхолегочных заболеваний в последующие годы.

Борьба за естественное вскармливание, своевременное введение прикорма, рациональное питание детей, находящихся на искусственном вскармливании, являются важным звеном в комплексе профилактических мероприятий по повышению резистентности организма ребенка к инфекционным заболеваниям.

Для детей раннего возраста одним из методов профилактики пневмоний является своевременное выявление и лечение рахита, хронических расстройств питания, анемии, диатеза, так как эти заболевания предрасполагают к болезням органов дыхания. В плане повышения сопротивляемости организма ребенка внешним воздействиям (теплу, холоду) закаливание может быть порой самым эффективным средством защиты. Закаливающим действием обладают воздушные ванны, которые ребенок должен получать, начиная с рождения, влажные обтирания с переходом к обливанию вначале ног, затем туловища (с постепенно снижающейся температурой воды), солнечные ванны. Важное значение имеют санация хронических очагов инфекции, тщательное наблюдение за детьми, страдающими ОРВИ, бронхитами, особенно протекающими на фоне сопутствующих заболеваний (рахит, анемия, хронические расстройства питания, диатезы). Поэтому этапное комплексное обследование, лечение и наблюдение позволяют предотвратить развитие предрасположенности к бронхолегочным заболеваниям.

**1.7 Диспансерное наблюдение**

Диспансерное наблюдение осуществляется врачом-педиатром детской поликлиники в течение 1 года после перенесенной пневмонии. Проводится противорецидивное лечение, санация очагов хронической инфекции (2 раза в год), освобождение от профилактических прививок до 2-6 месяцев. При необходимости консультируют пульмонолог, отоларинголог и т. д.

**ГЛАВА** **II. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исходя из цели работы, были сформулированы следующие задачи:

1. Провести теоретический обзор основных понятий исследования: этиология, патогенез, классификация заболевания, принципы диагностики и профилактики.
2. Изучить морфологические формы внебольничной пневмонии.
3. Изучить статистические данные о заболеваемости.
4. Подготовить практические рекомендации по системе профилактических мер, повышающих качество жизни пациента с пневмонией.
5. Изучить особенности сестринского ухода за больными в условиях стационара.
6. Проанализировать результаты анкетирования больных пневмонией и сделать выводы.
7. Создать буклеты для родителей.

Для решения поставленных задач использовались методы исследования:

1. обзор и анализ научно-методической литературы по теме исследования;

2.проектирование теоретической и практической частей исследования;

3. собеседование;

4. анкетирование;

5. методы математической статистики (Х – среднее арифметическое, % - процентное отношение).

Исследование осуществлялось в три этапа. Первый поисковый этап (февраль-апрель 2016) начинался с изучения и анализа научно-методической литературы по теме исследования. Методы исследования на данном этапе: анализ литературы по проблеме исследования; беседы, анализ рабочей документации, констатирующий эксперимент.

Второй этап (период преддипломной практики апрель - май 2016г.) включал в себя проверку гипотезы, проведение опытно-экспериментальной работы на базе преддипломной практики БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница ».

На втором этапе использовались такие методы исследования, как: анкетирование.

Третий обобщающий этап (май-июнь 2015г.) нашего исследования предполагал завершение и оформление выпускной квалификационной работы в законченном виде. На этом этапе мы проводили анализ, обобщение результатов проведенного исследования (с использованием методов математической статистики), уточнение теоретических и практических выводов.

На данном этапе превалировали следующее методы исследования: качественный и количественный анализ полученных данных, обобщение, описание полученных результатов, методы математической статистики, завершение оформления данных исследования.

**2.1 Особенности работы медицинской сестры по организации ухода за больными пневмонией в условиях стационара**

Медицинские сестры выполняют широкий круг врачебных назначений, диагностических манипуляций. В необходимых случаях медицинские сестры должны уметь подсчитать частоту дыхания и пульса, измерить артериальное давление, суточный диурез, правильно собрать выделения больного (мокроту, мочу, кал) для анализов и направить их в лабораторию. В неотложных ситуациях медицинские сестры обязаны уметь оказать первую доврачебную помощь.

Медицинские сестры обеспечивают транспортировку больных, принимают вновь поступивших пациентов, знакомят их с особенностями работы отделения, организуют выписку больных.

Медицинские сестры осуществляют контроль санитарного состояния отделений, и соблюдения больными правил внутреннего распорядка, проверяют регулярность и полноту влажной уборки, следят за выполнением больными правил личной гигиены, качеством санитарной обработки, в необходимых случаях обеспечивают уход за кожными покровами, глазами, ушами, полостью рта, смену постельного и нательного белья.

Медицинские сестры отвечают за правильное и своевременное питание больных, организуют кормление пациентов, находящихся на строгом постельном режиме, следят за хранением продуктов питания в холодильниках и прикроватных тумбочках, проверяют содержание и качество передач.

Медицинские сестры ведут необходимую медицинскую документацию, заполняют температурные листы и листы назначений, журнал приема и её сдачи дежурств, выписывают требования на медикаменты, составляют порционники и т.д.

# 2.2 Деятельность медицинской сестры по организации ухода за больными пневмонией в условиях стационара

Отделение пульмонологии занимается оказанием специализированной помощи при неспецифических заболеваниях органов дыхания. Использует в своей работе имеющиеся современные методики и диагностические технологии, взаимодействует с ведущими научно-практическими клиниками Российской Федерации. В отделении работает профессионально подготовленный врачебный и средний медицинский персонал.

Медицинские сестры выполняют широкий круг врачебных назначений, диагностических манипуляций. Проводят опрос и осмотр больных, особенно тщательно собирают аллергологический анамнез, так как основным методом фармакотерапии является антибиотикотерапия. Также проводят подготовку больных на исследования (например, на бронхоскопию) и сопровождают их на процедуры или на консультации к различным специалистам. Проводят раздачу лекарственных препаратов, объясняют, как именно принимать, и что надо запивать достаточным количеством воды.

Ежедневно проводят контроль состояния и самочувствия пациентов (измеряют температуру, АД, ЧСС, ЧДД и заносят полученные данные в лист наблюдений). Особое внимание при осмотре обращают на возможное появление побочных эффектов от антибиотикотерапии. При уходе за больными в стационаре медицинская сестра должна уделять время для бесед с пациентами. Медсестра должна вселять в больного уверенность в благополучный исход заболевания, заниматься обучающей работой.

Я провела анкетирование (см. приложения 1) больных и выяснила следующее:

38% пациентов с пневмонией считают, что фактором, способствующее развитие пневмонии является охлаждение; 33% считают - возраст; 18% -иммунодефицитные состояния; 11% хронические расстройства питания. Результат опроса представлен в диаграмме 1.

Диаграмма 1

С пациентами было проведено собеседование по методам повышения качества жизни пациентов с пневмонией. 26% пациентов считают, что фактором, повышающим качество жизни при заболевании пневмонией, является изменение образа жизни; 23% считают - что необходимо пройти дальнейшее обследования; 51% считает важным получить информацию о заболевании. Показатели представлены диаграммой 2.

Диаграмма 2

Качеством медицинской помощи, способствующей повлиять на повышение качества жизни, довольны – 58,3%; 25% - хотели бы получить информацию о своём здоровье; 16,6% согласны с наличием отрицательных нюансов в оказании помощи; недовольны качеством медицинской помощи - 0%. Результаты анализа представлены на диаграмме 3.

# Диаграмма 3

Исходя из предварительного анализа результатов опроса, оказалось, что одним из критериев качества оказываемых медицинских услуг считается информированность пациента о заболевании. Проведение дальнейшего анкетирования показало, что 21% пациентов хотели бы получить информацию о своём здоровье из памяток с пошаговым комментарием медицинской сестры; 69% - из бесед с медицинским работником; 7% опрошенных хотели бы получать информацию со стендов; 3% готовы самостоятельно изучать памятки. Показатели представлены диаграммой 4.

Диаграмма 4

# Из проведенного анализа следует, что ЗОЖ ведут лишь 20% больных, а 72 % больных не ведут. Это говорит о дефиците знаний больных. Показатели представлены на диаграмме 5.

# Диаграмма 5

# Результат исследования показал, что большинство пациентов занимаются самолечением. Показатели исследования представлены на диаграмме 6.

# Диаграмма 6

**ГЛАВА III. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

## 3.1 Сестринский уход при пневмонии у детей

## Этапы сестринского процесса при острой пневмонии:

### 1 этап. Сбор информации

- Субъективные методы обследования:  
Характерные жалобы: гипертермия с ознобом при крупозной пневмонии; снижение аппетита, слабость, недомогание; кашель сухой или влажный, появление ржавой мокроты при крупозной пневмонии; боль в грудной клетке,одышка.  
История (анамнез) заболевания: начало острое с повышения температуры тела.  
- Объективные методы обследования:  
Осмотр: самочувствие ребенка нарушено, вялый, лихорадка; кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника; дыхание стонущее, одышка (40 в минуту у детей старше 2 лет, 60 в минуту у детей до 2 лет), участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры с втяжением межреберных промежутков, тахикардия. При перкуссии — укорочение легочного звука; при аускультации — ослабленное дыхание, наличие влажных хрипов.  
Результаты методов диагностики (из амбулаторной карты или Истории болезни): общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ; рентгенография легких — наличие инфильтрации очаговой, сегментарной, полисегментарной или занимающей часть или всю долю.

### 2 этап. Выявление проблем больного ребенка

У пациента с пневмонией нарушаются потребности: поддерживать температуру тела, поддерживать общее состояние, дышать, есть, спать, отдыхать, общаться.  
Существующие проблемы: повышение температуры тела, недомогание, слабость, головная боль, снижение аппетита.  
одышка, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, тахикардия.  
Потенциальные проблемы: острая дыхательная недостаточность; острая сердечно-сосудистой недостаточность: затяжное и хроническое течение. Цели:

Краткосрочная – не допустить развития выраженной клинической картины заболевания, развития осложнений, уменьшить выраженность одышки в течение недели.

Долгосрочная – устранить симптомы болезни к моменту выписки.

3-4 этапы. Планирование и реализация ухода за пациентом в стационаре  
План сестринского ухода за пациентом в условиях лечения "стационар на дому".

Медицинская сестра обеспечивает: Организацию постельного режима на весь период лихорадки, до улучшения самочувствия и общего состояния.  
Организацию питания: молочно-растительную диету. При отсутствии аппетита - суточный объем пищи уменьшить на1/2 или 1/3 восполняя обильным питьем жидкости.  
В соответствии с назначениями врача: антибактериальную терапию, прием отхаркивающих и мокроторазжижающих средств, симптоматическую терапию, домашнюю физиотерапию.  
Независимые вмешательства:  
- активное посещение больного ребенка до полного выздоровления:  
- наблюдение за реакцией ребенка на лечение;  
- динамическое наблюдение и оценка общего состояния ребенка: положение в постели, самочувствие, цвет кожных покровов и слизистых, аппетит, наличие и характер кашля, температура тела, частота, глубина и ритм дыхания;  
- обучение ребенка и родителей «технике кашля», вибрационного массажа для эвакуации мокроты, созданию дренажного положения, проведению домашней физиотерапии - горчичники, горчичное обертывание, ингаляции;  
- консультирование ребенка и его родителей относительно его здоровья;  
- проведение санитарно-просветительных бесед о заболевании, профилактике осложнений.

**Сестринский процесс при острой пневмонии**  
План ухода:  
1. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением лечебно-охранительного режима  
Реализация ухода:  
Независимые вмешательства: Провести беседу с пациентом и /или родителями о заболевании и профилактике осложнений; объяснить пациенту и/или родителям о необходимости соблюдения режима; приподнять головной конец кровати: проведение постурального дренажа 2-3 раза в день; рекомендовать матери грудного ребенка чаще брать его на руки и менять положение в кроватке.  
Мотивация:  
Охрана ЦНС от избыточных внешних раздражителей. Создание режима щажения, обеспечение максимальных условий комфорта. Облегчение дыхания. Эвакуация мокроты  
2. Обеспечивать организацию и контроль над питанием  
Реализация ухода:  
Независимые вмешательства: Проведение беседы с пациентом/родителями о питании; Рекомендовать родителям приносить продукты с большим содержанием углеводов, фрукты, овощи; не кормить ребенка насильно, при отказе от пищи недостающий суточный объем восполнять питьем жидкости  
Мотивация:  
Удовлетворение, физиологических, потребностей  
3. Организация досуга  
Реализация ухода:  
Независимое вмешательство: Рекомендовать родителям принести ребенку любимые книги, игры и др.  
Мотивация:  
Создание условий для соблюдения режима.  
4. Создание комфортных условий в палате  
Реализация ухода:  
Независимые вмешательства: Контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания; регулярность смены постельного белья; соблюдение тишины в палате  
Мотивация:  
Улучшение дыхания. Удовлетворение физиологических потребностей во сне.  
5. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий и приеме пищи.  
Реализация ухода: Независимые вмешательства: Провести беседу о необходимости соблюдения гигиены; Рекомендовать родителям принести зубную пасту, расческу, чистое сменное белье  
Мотивация:  
Обеспечение санитарно-гигиенических мероприятий. Потребность быть чистым  
6. Выполнять назначения врача  
Реализация ухода:  
Зависимые вмешательства: Введение антибиотиков, обеспечение приема лекарственных препаратов: проведение инфузионной терапии Независимые вмешательства: Объяснить пациенту и/или родителям про необходимость введения антибиотиков, прием других лекарственных препаратов; провести беседу с пациентом и/или родителями о возможных побочных эффектах терапии; сопровождать на физиотерапевтические процедуры  
Мотивация:  
Этиотропное лечение. Профилактика осложнений. Раннее выявление побочных эффектов. Дезинтоксикация  
7. Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение  
Реализация ухода: Независимое вмешательство: Опрос о самочувствии, жалобах, регистрация характера кашля; измерение температуры тела утром и вечером; ЧД. ЧСС. При ухудшении общего состояния срочно сообщить врачу  
Мотивация: Контроль эффективности проводимого лечения и ухода. Раннее выявление и профилактика осложнений.

### 5 этап. Оценка эффективности ухода

При правильной организации сестринского ухода наступает выздоровление ребенка, пациент выписывается под наблюдение участкового педиатра. Пациент и его родители должны знать об особенностях режима, питания, физической нагрузки, которые должен соблюдать ребенок после заболевания, о необходимости диспансерного наблюдения и строгом соблюдении всех рекомендаций.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний. В России за год пневмонией заболевают около 1,5 млн. человек.

Работая над темой дипломной работы "Организация сестринского ухода за пациентами детского возраста с пневмонией" позволила мне сделать следующие выводы:

1. Пневмония - актуальная проблема современной медицины, в решении которой важную роль играет правильная организация сестринского ухода в условиях стационара.

2. Работа по организации сестринского ухода за больными пневмонией в имеет ряд особенностей, которые должна знать медицинская сестра. Правильно спланированная и проведенная работа медицинской сестры позволит наиболее эффективно провести лечение пневмонии и избежать осложнений.

3. Анализ анкетирования больных показал, что больные имеют дефицит знаний по многим вопросам профилактики пневмоний, часто занимаются самолечением. Беспокойство больных во многом обусловлено недостаточной информированностью пациентов.

4. Медицинская сестра должна активно заниматься обучающей работой среди пациентов по различным аспектам профилактики пневмонии. Больные активно идут на сотрудничество с медицинской сестрой, если обучающая работа проводится правильно! Создание памяток и рекомендаций повышает эффективность санитарно-просветительной работы.

Работа над дипломом позволила мне глубже разобраться в таком сложном заболевании, которым является пневмония, понять суть деятельности медицинской сестры в условиях стационара, убедило меня в правильном выборе профессии. Я поняла, что не может быть эффективного лечения без профессионально организованного сестринского ухода за больным пневмонией.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. А. Г. Чучалин ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА Научно-практическая программа Москва 20113
2. А.Г. Чучалин. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ - Москва : Оригинал-макет, 2015. — 64 с.
3. Галкина Елизавета Всеволодовна ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ
4. Г.А. Самсыгина Кафедра детских болезней № 1 педиатрического факультета с курсом кардиологии и ревматологии ФУВ, РГМУ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ
5. ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ на http://refleader.ru/

Электронные ресурсы:

1. [http://www.smed.ru/guides/264](http://www.smed.ru/guides/264%20)
2. <http://nsred.ru/news/pitanie_rebenka_pri_pnevmonii/2012-11-27-145>
3. <http://www.ayzdorov.ru/lechenie_pnevmonii_dieta.php>
4. <http://www.medn.ru/statyi/Massazhpripnevmonii.html>
5. <http://detskiy-massaj.ru/pri-zabolevaniyah/pnevmoniya>
6. <http://ilive.com.ua/health/fizioterapiya-lfk-dyhatelnaya-gimnastika-pri-pnevmonii_87451i15943.html>
7. <http://plmnlg.com/lechenie-pnevmonii-u-detej/>
8. <http://refleader.ru/bewpolbew.html>
9. http://sestrinskoe-delo.ru/sestrinskoe-delo-v-pediatrii/sestrinskiy-protsess-pri-ostroy-pnevmonii-u-detey

**Практические рекомендации**

Для профилактики возникновения пневмонии и последующих

осложнений необходимо проведение профилактических мероприятий:

1. Необходимо вести здоровый образ жизни: заниматься физкультурой и спортом, не курить и не употреблять алкоголь, совершать частые прогулки на свежем воздухе. Очень важно не курить в помещении, где может находиться ребенок, пассивное курение пагубно сказывается на функции бронхов и иммунитете.

2. Необходимо здоровое полноценное питание с достаточным содержанием белков, микроэлементов и витаминов (ежедневно в рационе должны быть свежие овощи, фрукты, мясо, рыба, молоко и молочные продукты).

3. До наступления холодов и подъема заболеваемости респираторными инфекциями следует сделать прививку против гриппа, поскольку пневмония часто является осложнением гриппа, протекает очень тяжело и может привести к летальному исходу.

4. В холодное время года нужно одеваться по погоде, избегать переохлаждений и сквозняков.

5. Следует соблюдать режимы проветривания и влажной уборки в помещениях.

6. Как можно чаще мыть руки и промывать носовые ходы.

7. В период подъема заболеваемости гриппом рекомендуется избегать контакта с больными людьми, использовать маску для защиты органов дыхания, воздержаться от посещения мест с большим скоплением людей.

8. По назначению врача возможен прием иммуномодулирующих препаратов.

9. Важно помнить, что если вы хотите оградить от болезни своего ребенка, следите за своим здоровьем, ведь зачастую родители являются источником инфекции для ребенка, особенно при тех заболеваниях, которые передаются при тесном контакте (микоплазменная инфекция, стафилококк, многие вирусные инфекции).

10. Если у вас дома или в учреждении, где Ваш ребенок пребывает длительное время, есть кондиционер, следите за его чистотой.

11. Избегайте контакта с «незнакомыми» птицами, яйца перед употреблением тщательно мойте. Домашние яйца, вопреки представлениям более опасны в плане инфекций (не только хламидий, но и сальмонеллеза), поэтому подвергайте их достаточной термической обработке.

12. Профилактические мероприятия при микоплазменной инфекции аналогичны таковым при других острых респираторных заболеваниях. Больных микоплазмозом необходимо изолировать до исчезновения клинических проявлений болезни (при пневмониях - на 2-3 недели, при острых респираторных заболеваниях - на 5-7 сутки). Препаратов для специфической профилактики нет.

Необходимо помнить: если заболели Вы или ваш ребенок, Вам необходимо не вести ребенка в сад, школу, а обратиться к врачу. При тяжелом состоянии необходимо вызвать врача на дом.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

**Приложение 1**

**Анкетирование**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Ваш пол? | 1 | мальчик |
| 2 | девочка |
| 2 | Возраст? | 1 | 0-1 г |
| 2 | 1-6 лет |
| 3 | 6-12лет |
| 4 | 12-17лет |
| 3 | Знаете ли вы что такое пневмония? | 1 | Да |
| 2 | Нет |
| 4 | На каком вскармливании ваш ребенок? | 1 | естественное |
| 2 | искусственное |
| 3 | смешанное |
| 5 | Какие факторы на ваш взгляд способствуют развитию пневмонии? | 1 | охлаждение |
| 2 | Хронические расстройства питания. |
| 3 | возраст |
| 4 | иммунодефицитные состояния |
| 6 | Какие факторы на ваш взгляд снижают развитие пневмонии? | 1 | диетотерапия |
| 2 | правильная организация режима |
| 3 | соблюдение правил личной гигиены |
| 4 | прививка против гриппа |
| 7 | Довольны ли вы оказанной Вам помощью? | 1 | Довольны в полной мере качеством оказываемой помощи |
| 2 | Хотели бы больше получать информацию о своём здоровье |
| 3 | Согласны с наличием отрицательных нюансов в оказании помощи |
| 4 | Не довольны качеством медицинской помощи |
| 8 | Какой самый благоприятный способ информирования о своём здоровье вы предпочитаете? | 1 | Памятки с пошаговым комментарием медицинской сестры |
| 2 | Устная беседа с медицинским работником |
| 3 | Помещение всей информации на стенд |
| 4 | Давать памятку без каких-либо объяснений |
| 9 | В каком случае возникали боли? | 1 | При глубоком дыхании |
| 2 | На фоне кашля |
| 10 | Когда чаще всего возникали приступы кашля? | 1 | Днем |
| 2 | Ночью |
| 11 | Знайте ли вы что симптомы данного заболевания могут снижаться в результате вмешательства? | 1 | Да |
| 2 | Нет |
| 12 | Занимаетесь ли вы самолечением ОРВИ? | 1 | Да |
| 2 | Нет |
| 13 | Используете ли вы самостоятельно препараты для снятия боли? | 1 | Да |
| 2 | Нет |
| 14 | Каким средством вы снимаете боль? | 1 | ибупрофен; |
| 2 | ацетаминофен; |
| 3 | амидопирин |
| 4 | анальгин |
| 15 | Ведете ли вы здоровый образ жизни? | 1 | Да |
| 2 | Нет |
| 3 | Частично |
| 16 | Какой способ закаливания вы считаете наиболее приемлемым? | 1 | прогулки на свежем воздухе |
| 2 | облегченная одежда на прогулке |
| 3 | хождение босиком |
| 4 | полоскание горла водой комнатной температуры |
| 5 | умывание лица, шеи, рук до локтя водой комнатной температуры. |
| 17 | Знаете ли вы, как укреплять здоровье дома? | 1 | Да |
| 2 | Нет |
| 3 | Частично |
| 18 | Чувствуйте ли вы упадок сил и энергии? | 1 | Да |
| 2 | Нет |
| 19 | Какого характера была возникшая боль? | 1 | Ноющая |
| 2 | Жгучая |
| 3 | Колющая |
| 4 | Пульсирующая |
| 20 | Как вы оцениваете состояние своего здоровья? | 1 | Хорошее |
| 2 | Среднее |
| 3 | Плохое |

**Приложение 3**

**Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст,  Форма | Этиология | Антибиотики выбора | Альтернативные |
| 1-6 месяцев, типичная. | Вирусы, E. coli, Enterobacteriaceae, S. aureus,  S. pneumoniae,  H. influenzae | Парентерально: амок-сициллин/клавуланат, ампициллин/сульбак-там.  Внутрь: амоксициллин/клавулант. | Парентерально: цефазолин, цефуроксим, цефтриаксон, цефотаксим, линкомицин, карбапенемы.  Все препараты могут назначаться в комбинации с аминогликозидами |
| 1-6 месяцев, атипичная | Вирусы,  Ch. trachomatis. | Внутрь: современный макролид. | Внутрь: эритромицин |
| 6 месяцев - 6 лет, типичная, неоcлож-ненная. | Вирусы,  S. pneumoniae,  H. influenzae. | Внутрь: амоксициллин или/и современный макролид. | Внутрь: амоксициллин/клавуланат, це-фуроксим, феноксиметилпенициллин, эритромицин. Парентерально: ампициллин, цефуро-ксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон |
| 6-15лет, типичная, неосложненная. | S. pneumoniae | Внутрь: амоксициллин или/и современный макролид. | Внутрь: амоксициллин/клавуланат, цефуроксим, феноксиметилпенициллин. Парентерално: пенициллин, линкомицин, цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон. |
| 6-15 лет, атипичная, неосложненная.. | M. pneumoniae, Ch. pneumoniаe | Внутрь: современный макролид | Внутрь: эритромицин, доксициклин (детям старше 12 лет). |

**Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии (продолжение)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 месяцев - 15 лет, осложненная плевритом или деструкцией. | S. pneumoniae, H. influenzae, Enterobacteria-ceae. | Парентерально: амок-сициллин/клавуланат или ампициллин/суль-бактам. | Парентерально: цефалоспорины II-IV поколений (цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон, цефипим), цефазолин + аминогликозид, линкомицин + аминогликозид, карбапенем. |

**Приложение 4**

**Антибактериальные препараты для лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Антибактериальный препарат | | Режим дозирования |
| ß-лактам | | |
| Амоксициллин (Амоксициллин) (Оспамокс,Флемоксин-Солютаб) | | по 1г через 8ч независимо от еды (2г/сут для форм с высокой биодоступностью) |
| Амоксициллин/клавулонат (Амоксиклав,Аугментин) | | По 1,0 г через 8-12ч во время еды |
| Цефуроксим аксетил (Зиннат) | | по 0,5г через 12ч во время еды |
| Макролиды | | |
| Кларитромицин (Клацид) | | по 0,25-0,5г через 12ч независимо от еды |
| Рокситромицин (Рулид) | | по 0,15г через12ч за 30мин до еды |
| Азитромицин (Сумамед) | | в 1-й день 0,5г, в последующие 4 дня по 0,25 г/сут за1ч до еды |
| Респираторные фторхинолоны | | |
| Левофлоксацин (Таваник) | по 0,75 г/сут независимо от еды | |
| Моксифлоксацин (Авелокс) | по 0,4г/сут независимо от еды | |

**Приложение 5**

Гистограмма 1

Диаграмма 7

Диаграмма 8