

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/333601>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 7

1.1. Этиология, патогенез стенозирующего ларинготрахеита 7

1.2. Классификация, клиническая картина стенозирующего ларинготрахеита 10

1.3. Диагностика стенозирующего ларинготрахеита 13

1.4. Лечебная тактика при стенозирующем ларинготрахеите 16

ГЛАВА 2. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ 22

2.1. Анализ карт вызова 22

2.2. Профилактика стенозирующего ларинготрахеита 36

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 41

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ 45

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) является наиболее распространенным заболеванием у детей в настоящее время. Острый ларинготрахеит (ОЛТ) или острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) - это острый респираторный синдром, при котором основное поражение находится в гортани и трахее, а основным симптомом является затрудненное дыхание.

Стенозирующий ларинготрахеит считается самостоятельным заболеванием из-за четкой клинической картины и развития стеноза гортани, требующего специфического и часто неотложного лечения.

Ларинготрахеит составляет 99% острых стенозов гортани у детей и в настоящее время находится в центре внимания ЛОР-хирургов, педиатров, инфекционистов и реаниматологов.

В отечественной медицинской практике вирусный ОЛТ часто называют «ложным крупом», что хорошо описывает клиническую картину (хрипы, лающий кашель, охриплость). Заболевание чаще встречается у мальчиков (до 70%).

Анатомические и физиологические особенности гортани и трахеи у детей являются предрасполагающими факторами для развития ларингита. К ним относятся: маленький, мягкий и гибкий диаметр хряща; короткое узкое преддверие и воронкообразная форма гортани; высокие и непропорционально короткие голосовые складки; гипервозбудимость аддукторов голосовых складок; незрелая и гиперчувствительная функция рефлексогенных зон и гиперпарасимпатикотония.

Воспаление и отек слизистой оболочки гортани и трахеи, а иногда и бронхов вследствие инфекции, быстро приводит к обструкции дыхательных путей. У маленьких детей обилие лимфоидной ткани и тучных клеток, кровеносных сосудов и эластических волокон в слизистой и подслизистой оболочках приводит к развитию отека подскладочного пространства и острого стенозирующего ларинготрахеита.

К факторам восприимчивости к развитию ОЛТ относятся атопический дерматит, лекарственная аллергия, врожденные пороки развития гортани, перинатальные нарушения центральной нервной системы, недоношенность и другие.

ОЛТ обычно носит сезонный характер (осенью и зимой). Однако парагрипп встречается круглый год, с повышенной заболеваемостью в холодное время года (парагрипп типов 1 и 2 встречается осенью, а тип 3 - весной). Цикл вируса парагриппа 1-2 типов составляет 2 года, а цикл вируса 3 типа - 4 года.

Заболеваемость проявляется в виде спорадических случаев или вспышек.

ОЛТ характеризуется быстрым и часто одновременным появлением основных симптомов и выраженной вариабельностью клинической картины. Прогноз непредсказуем: от спонтанного улучшения и выздоровления до прогрессирующей и смертельной дыхательной недостаточности. Заболевание характеризуется тенденцией к рецидивирующему стенозу гортани как на фоне симптомов ОРЗ, так и без наличия явных респираторных или интоксикационных симптомов.

Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп) у детей в возрасте 1-3 лет почти всегда является

самоограничивающимся заболеванием. Однако у 20-40% детей он может сопровождаться тяжелой обструкцией верхних дыхательных путей. В этих случаях тяжесть заболевания ребенка в первые несколько часов после начала заболевания заставляет родителей обратиться к врачу «первичного контакта», к которым относятся участковый педиатр, врач кабинета неотложной помощи в поликлинике или врачу скорой помощи. Задача врача первичного контакта – оказать неотложную помощь, определить показания к госпитализации ребенка и научить родителей пользоваться небулайзером и что делать до приезда врача. Согласно литературным данным, только 1-8% пациентов нуждаются в госпитализации.

В реальной клинической практике около 80% пациентов с острым стенозирующим ларинготрахеитом госпитализируют, на фоне чего нельзя исключить возможность присоединения госпитальных инфекций, назначения антибиотиков и повышения стоимости лечения. Несмотря на современные разработки в области методов диагностики и алгоритмов неотложной помощи при остром стенозирующем ларинготрахеите у детей, а также доступность небулайзеров и препаратов для небулайзерного лечения во многих домах, врачам все еще необходимо прояснить некоторые ключевые вопросы, касающиеся ведения детей с этим заболеванием.

Объект: проявления стенозирующего ларинготрахеита у детей.

Предмет: тактика фельдшера при стенозирующем ларинготрахеите у детей.

Цель: изучить ситуационно-обусловленную деятельность фельдшера при стенозирующем ларинготрахеите у детей.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, патогенез стенозирующего ларинготрахеита у детей;
2. Изучить классификацию, клиническую картину стенозирующего ларинготрахеита у детей;
3. Ознакомиться с лечебно-диагностической тактикой фельдшера при стенозирующем ларинготрахеите;
4. Проанализировать карты вызова;
5. Рассмотреть профилактику стенозирующего ларинготрахеита.

Теоретическая база исследования: Разработана и проанализирована лечебно-диагностическая тактика при стенозирующем ларинготрахеите у детей.

Методы исследования:

1. Анализ научной литературы;
2. Анализ медицинской документации;
3. Математические методы обработки информации.

Практическая значимость: материалы данной работы могут использовать студенты медицинских факультетов, а также практикующие фельдшера для повышения уровня знаний по теме стенозирующий ларинготрахеит у детей.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

1.1. Этиология, патогенез стенозирующего ларинготрахеита

Острый обструктивный ларинготрахеит (ООЛТ) – это воспаление гортани и подскладочных тканей с сужением просвета гортани, характеризующееся лающим кашлем; заболевание может быть связано с развитием острой дыхательной недостаточности, дисфонии и инспираторного стридора. В отечественной клинической практике вирусную ОЛТ часто называют «ложным крупом», этот термин лучше описывает клинические особенности заболевания (хрипы, лающий кашель, осиплость голоса). ОЛТ чаще встречается у мальчиков и у младенцев в возрасте 6-24 месяцев. Развитие острой дыхательной недостаточности с острой обструкцией дыхательных путей связано с восприимчивостью детей, анатомией и физиологией дыхательной системы.

Доказана патогенная роль респираторных вирусов при остром ларинготрахеите: это РНК-содержащие вирусы парагриппа. Во время эпидемии ОРВИ распределение вирусов, вызывающих острый ларинготрахеит, составляет 57% вирусов гриппа, 20% вирусов парагриппа, 17% аденовирусов, инфекций респираторно-синцитиального вируса типа 4 и 6% смешанных вирусных инфекций. Заболевание носит сезонный характер, преимущественно осенью и весной.

Острый ларинготрахеит, как проявление течения ОРВИ, обусловлен в большей степени активацией условно-патогенной бактериальной микрофлоры (стафилококки, стрептококки, простейшие и др.). Исследований о роли генетических факторов в развитии острого ларинготрахеита нет, однако нередко у детей с частыми ОРВИ в одной семье имеется склонность к развитию стеноза гортани.

Высокая частота обструктивного ларинготрахеита у детей раннего возраста обусловлена анатомическими и физиологическими особенностями. Например, малые размеры гортани, хрящевой каркас, узкий и удлинённый надгортанник, вызывающий одышку при дыхании, высокое расположение голосовых связок, нежная и богатая клетками слизистая оболочка. Слизистая и подслизистая оболочка гортани у детей после 6 месяцев характеризуется наличием рыхлой соединительной ткани, обилием лимфатических сосудов, многочисленными слизистыми железами и обширным скоплением ткани лимфатических узлов - в основном в подслизистой оболочке. Обилие тучных клеток в гортани характерно только для детей младшего возраста.

В ответ на травму или переохлаждение происходит выброс вазоактивных веществ, что приводит к повышению сосудистой и тканевой проницаемости и отеку рыхлой соединительной ткани в подголосовой области гортани. Поскольку эта часть гортани окружена плотным хрящевым кольцом, здесь происходит наибольшее сужение просвета дыхательных путей, что усугубляется отеком их слизистой оболочки. Функциональные особенности гортани у детей включают нестабильность гортанных и трахеальных рефлексов. [8]

Рефлексогенные зоны гортани 1 и 2, расположенные между надгортанником и межчерпаловидным пространством, полностью сходятся и являются более доминантными, чем у взрослых. Поэтому для детей этой возрастной группы характерна повышенная рефлекторная возбудимость, в основном в мышцах гортани. Для них также характерен высокий парасимпатический тонус, что приводит к реализации ОРВИ в виде синдрома ларинготрахеита.

У детей в возрасте до 2 лет заболевание протекает на фоне значительных изменений гуморальных иммунных механизмов, со снижением всех классов иммуноглобулинов и низким уровнем IgM и G на ранних стадиях заболевания. Низкий уровень IgG также способствует изменениям в процессе заболевания. При наличии аутоиммунных процессов и нарушений в развитии трахеобронхиального дерева заболевание может быть затяжным и рецидивирующим. Однако ОРЗ с синдромом ларинготрахеита обычно не

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии: учебник / под ред. акад. РАМН, проф. В.А. Михельсона, проф. В.А. Гребенникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 512 с
2. Клинические рекомендации. Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит – 2021. – 49с.
3. Круп у детей (острый обструктивный ларингит) МКБ-10 J 05.0: клинические рекомендации. — Москва: Оригинал-макет, 2015. — 32 с.
4. Лысенко, И.М. Н 52 Неотложная помощь в педиатрии. Пособие / И.М. Лысенко, Л.Н. Журавлева, О.В. Матющенко, О.Н. Мацук, Г.К. Баркун, М.А. Васильева, О.В. Семенова, Е.Г. Асирян, В.Е. Потапова, Е.Г. Косенкова, Е.С. Минина. - Витебск: ВГМУ, 2018. - 299 с.
5. Оказание стационарной помощи детям (Руководство по ведению наиболее распространенных болезней

детского возраста). Карманный справочник. — 2-е изд. — Всемирная организация здравоохранения (Женева), 2013. — 412 с.

6. Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии / Под ред. А. А. Баранова. — 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

7. Скорая медицинская помощь: Краткое руководство / Под ред. А.Г. Мирошниченко, В.В. Руксина, В.М. Шайтор. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - С. 229-232.

8. Современная неотложная помощь при критических состояниях у детей. Практическое руководство / под ред. К. Макуэйя-Джонса, Э. Молинеукс, Б. Филлипс, С. Витески; пер. с англ.; под общей ред. проф. Н.П. Шабалова. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 464 с.

9. Субботина М.В. Острый ларинготрахеит у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Иркутск, 2007. - 28 с.

10. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при остром обструктивном ларинготрахеите у детей - 2015. - 11с.

11. Халиуллина С.В., Анохин В.А., Зиятдинова Г.В., Салахова К.Р., Салахов Б.И., Гумарова Т.В., Алатырев Е.Ю., Миролюбов Л.М. Дыхательная недостаточность у ребенка первых месяцев жизни. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021;66(3):77-80.

12. Царькова С.А. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016;61(1):96-103.

13. Шайтор В.М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе: Краткое руководство для врачей. — СПб.: ИнформМед, 2013. — С. 120-125.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/333601>