

*Dr. Galina
Valekova O.K.*

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
**« Анализ острой заболеваемости на педиатрическом
участке »**

Выполнила:
студентка 2 группы 5 курса
педиатрического факультета

Пак А.А.

Содержание:

- Введение.....3
- Цель и задачи исследования.....4
- Основные определения и понятия.....5
- Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....6
- Роль врача при острой заболеваемости.....12
- Собственное исследование.....13
- Выводы.....21
- Список литературы.....22

Введение

Острые инфекции верхних дыхательных путей - это группа разнородных по этиологии и локализации поражения инфекционно- воспалительных заболеваний с преимущественным поражением органов дыхания, имеющих похожие механизмы развития и общие клинические проявления.

По локализации ОРВИ принято подразделять на заболевания верхних и нижних отделов дыхательных путей. К инфекционным заболеваниям верхних отделов дыхательных путей относят ринит, ринофарингит, фарингит, риносинусит и синусит, тонзиллит, отит, эпиглоттит. Трахеит, бронхит и пневмония являются заболеваниями нижних отделов респираторного тракта. Ларингит занимает промежуточное положение.

Острые респираторные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости населения России. Наибольшую актуальность проблема приобретает в педиатрической практике. Это обусловлено значительной распространенностью ОРВИ в детской популяции, а также высоким риском развития серьезных осложнений и значительным удельным весом этих инфекций в структуре смертности среди детей первых трех лет жизни. Следует отметить, что данная группа инфекционных заболеваний, сходная по эпидемиологическим характеристикам, механизмам развития и клиническим проявлениям, имеет различную этиологию. Как известно, наиболее частыми возбудителями ОРВИ являются вирусы (80-95%): аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, вирусы гриппа и парагриппа, риновирусы, коронавирусы, вирусы ЕСНО и Коксаки (тип А и В). Среди бактериальных агентов — пневмококк (30-40%), гемофильная палочка и моракселла катаралис (12-15%), реже атипичные возбудители (микоплазма, хламидии), очень редко стафилококк (10%) и грибы.

Цель исследования:

- Проанализировать острую заболеваемость на первом педиатрическом участке на базе ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №15» Центрального района города Волгограда.

Задачи исследования:

- Изучить распространенность острых инфекций верхних дыхательных путей по данным обращаемости родителей и их детей грудного, преддошкольного (ясельного), дошкольного возраста, младше школьного и подросткового возраста в амбулаторно-поликлиническом звене.
- Проанализировать частоту острых инфекций верхних дыхательных путей у детей на участке за 2018 год в зимне-весенний период.
- Определить частоту встречаемости среди разных возрастных групп детей.

Основные определения и понятия:

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острая, в большинстве случаев самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.

Понятие «острая респираторная вирусная инфекция ОРВИ» суммирует следующие нозологические формы: острый назофарингит, острый фарингит, острый ларингит, острый трахеит, острый ларингофарингит, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.

Теоретическая часть:

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острая, в большинстве случаев самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.

Острые респираторные вирусные инфекции верхних дыхательных путей у ребенка — большая группа вирусных инфекций, которые составляют до 90% всех случаев инфекционных заболеваний. В детском возрасте на каждого ребенка приходится до 8 заболеваний ОРВИ в год. Ими болеют все — кто-то чаще, кто-то реже. Зимой болеют чаще, так как вирусы в этот период активнее, летом реже.

Причина вирусной инфекции горла у детей — большая группа респираторных вирусов (более 200 вирусов), они впервые были открыты в 1892 г. русским ученым Д. И. Ивановским. Если сравнить размеры бактерий — возбудителей большого числа инфекционных болезней с вирусами, то в одной бактерии (стрептококк) помещается 1750 частиц вируса гриппа. Первые симптомы инфекция верхних дыхательных путей у детей даёт спустя 2-3 дня или по истечении продромального периода.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОРВИ – самая частая инфекция человека: дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 6-8 эпизодов ОРВИ в год, в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1-2-м году посещения – на 10-15% выше, чем у неорганизованных детей, однако, в школе последние болеют чаще. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей может значительно различаться в разные годы. Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик заболеваемости приходится на февраль-март. Спад заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей неизменно регистрируется в летние месяцы, когда она снижается в 3-5 раз.

Согласно данным Минздрава России и Роспотребнадзора в 2015 году, она составила 20,6 тысяч случаев заболеваний на 100 тысяч человек (против 19,5тысяч на 100 тысяч населения в 2014 г.). Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей в РФ составило в 2015 году 30,1 миллиона случаев. Среди детей от 0 до 14 лет заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в 2014г. составила 81,3тысяч на 100 тысяч или 19559,8 тысяч зарегистрированных случаев.

Описано более 200 респираторных вирусов. Возбудителями заболеваний респираторного тракта являются вирусы гриппа (типы А, В и С), вирусы парагриппа (4 серотипа), риновирусы (более 100 серотипов), респираторно-синцитиальный вирус (серотипы А и В), аденовирусы (6 групп А-Ф), коронавирусы, бокавирус, метапневмовирус.

Симптомы ОРВИ могут вызывать некоторые неполиомиелитные энтеровирусы. Риновирусы, аденовирусы и энтеровирусы вызывают стойкий серотип-специфический иммунитет, РС-вирус, коронавирусы и вирус парагриппа стойкого иммунитета не оставляют, возможно повторное многократное инфицирование этими вирусами в течение всей жизни.

Распространение вирусов происходит чаще всего путем самоинокуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным (например, через рукопожатие) или с зараженными вирусом поверхностями (риновирус сохраняется на них до суток).

Другой путь – воздушно-капельный – при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус, или при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с больным. Инкубационный период большинства вирусных болезней – от 2-х до 7 дней. Выделение вирусов больным максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 недель.

Парагрипп имеет инкубационный период около 2-4 суток; характеризуется острым началом, умеренной лихорадкой, слабовыраженными интоксикацией и катаральным воспалением. Ребенка беспокоят осиплость голоса, боль в горле и

за грудиной, упорный сухой и грубый кашель, насморк со слизисто-гнойными выделениями. На 2-3 день ОРВИ температура поднимается до 38-38,5°C. У детей 2-5 летнего возраста парагрипп часто проявляется внезапным развитием ложного крупа – острого стеноза гортани с «лающим» кашлем, хрипящим голосом и шумным дыханием. В раннем возрасте возможно развитие обструктивного бронхита. Продолжительность неосложненной формы ОРВИ, вызванной вирусом парагриппа у детей, не более 1-1,5 недель. Аденовирусная инфекция у детей имеет продолжительное, часто волнообразное течение. Острое начало ОРВИ у детей проявляется познабливанием, лихорадкой, головной болью, вялостью, умеренной заложенностью носа, выраженным кашлем и насморком с обильным экссудативным компонентом (серозным, серозно-гнойным).

Респираторно-синцитиальная инфекция у детей. Продолжительность инкубационного периода РС-вирусной инфекции от 3 до 7 суток, клинические проявления зависят от возраста ребенка. У детей старшего возраста РС-инфекция протекает обычно легко, по типу острого катара верхних дыхательных путей, без выраженной интоксикации, иногда с повышением температуры до субфебрильных значений. Отмечается сухой кашель, боль за грудиной, скудные выделения из носа.

Риновирусная инфекция у детей начинается с общего недомогания, иногда - субфебрильной температуры; сопровождается сильной заложенностью носа с чиханьем и обильными водянисто-серозными выделениями (ринореей), першением в горле, сухим кашлем. Из-за постоянных выделений у ребенка наблюдается мацерация кожи вокруг носовых ходов. Возможны герпетические высыпания на губах и преддверии носа, обильное слезотечение, потеря обоняния и вкуса. Осложнения практически не возникают.

Вирусные инфекции характеризуются развитием катарального воспаления. Это обусловлено особенностями взаимодействия вирусов с клетками организма хозяина. В отличие от других микроорганизмов вирусы размножаются только внутри зараженных клеток. В результате инфицирования клеток развиваются

их дегенеративные изменения, отек окружающих тканей, но не возникает нагноения, в тканях отмечается преимущественно лимфоцитарная инфильтрация.

Симптомы ОРВИ являются результатом не столько повреждающего влияния вируса, сколько реакции системы врожденного иммунитета. Пораженные клетки эпителия выделяют цитокины, в т.ч. интерлейкин 8 (ИЛ 8), количество которого коррелирует как со степенью привлечения фагоцитов в подслизистый слой и эпителий, так и выраженностью симптомов. Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в нем может повышаться многократно, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый или зеленоватый, т.е. считать изменение цвета назальной слизи признаком бактериальной инфекции безосновательно.

Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (так называемая «вирусно-бактериальная этиология ОРИ») на основании, например, наличия у больного лейкоцитоза) не подтверждается практикой. Бактериальные осложнения ОРВИ возникают относительно редко.

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр ($37,5^{\circ}\text{C}$ — $38,0^{\circ}\text{C}$). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, энтеровирусным инфекциям. Повышенная температура у 82% больных снижается на 2-3-й день болезни; более длительно (до 5-7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции. Нарастание уровня лихорадки в течение болезни, симптомы бактериальной интоксикации у ребенка должны настораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции. Повторный подъем температуры после кратковременного улучшения нередко бывает при развитии острого среднего отита на фоне продолжительного насморка.

Для назофарингита характерны жалобы на заложенность носа, выделения из носовых ходов, неприятные ощущения в носоглотке: жжение, покалывание, сухость, нередко скопление слизистого отделяемого, которое у детей, стекая по

задней стенке глотки, может вызывать продуктивный кашель. При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб (евстахеит) появляются пощелкивание, шум и боль в ушах, может снизиться слух.

Возрастные особенности течения назофарингита: у грудных детей - лихорадка, отделяемое из носовых ходов, иногда - беспокойство, трудности при кормлении и засыпании. У старших детей типичными проявлениями являются симптомы ринита (пик на 3-й день, длительность до 6-7 дней), у 1/3-1/2 больных – чихание и/или кашель (пик в 1-й день, средняя длительность – 6-8 дней), реже - головная боль (20% в 1-й и 15% – до 4-го дня).

Симптомом, позволяющим диагностировать ларингит, является осиплость голоса. При этом нет затруднения дыхания, других признаков стеноза гортани. При фарингите отмечаются гиперемия и отёчность задней стенки глотки, её зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. На задней стенке глотки может быть заметно небольшое количество слизи (катаральный фарингит), фарингит также характеризуется непродуктивным, часто навязчивым кашлем. Этот симптом вызывает крайнее беспокойство родителей, доставляет неприятные ощущения ребенку, поскольку кашель может быть очень частым. Такой кашель не поддается лечению бронходилататорами, муколитиками, ингаляционными глюкокортикостероидами.

Ларингиту, ларинготрахеиту свойственны грубый кашель, осиплость голоса. При трахеите кашель может быть навязчивым, частым, изнуряющим больного. В отличие от синдрома крупа (обструктивного ларинготрахеита), явлений стеноза гортани не отмечается, дыхательной недостаточности нет. В среднем симптомы ОРВИ могут продолжаться до 10-14 дней.

Осложнения ОРВИ наблюдаются нечасто и связаны с присоединением бактериальной инфекции. Существует риск развития острого среднего отита на фоне течения назофарингита, особенно у детей раннего возраста, обычно на 2-5-е сутки болезни. Его частота может достигать 20 – 40%, однако далеко не у всех возникает гнойный отит, требующий назначения антибактериальной терапии. Сохранение заложенности носа дольше 10-14 дней, ухудшение состояния после первой недели болезни, появление болей в области лица может

указывать на развитие бактериального синусита. На фоне гриппа частота вирусной и бактериальной (чаще всего обусловленной *Streptococcus pneumoniae*) пневмонии может достигать 12% заболевших вирусной инфекцией детей. Бактериемия осложняет течение ОРВИ в среднем в 1% случаев при РС-вирусной инфекции и в 6,5% случаев при энтеровирусных инфекциях. Кроме того, респираторная инфекция может явиться триггером обострения хронических заболеваний, чаще всего бронхиальной астмы и инфекции мочевыводящих путей.

Роль врача педиатра при острой заболеваемости на педиатрическом участке:

Острые респираторные вирусные инфекции у детей играют ведущую роль в структуре детской заболеваемости.

Большая часть детей с острыми инфекциями верхних дыхательных путей остается под наблюдением амбулаторно-поликлинического учреждения и не требует госпитализации. При этом важно, чтобы ребенок во время болезни не посещал детское дошкольное учреждение или школу.

Наблюдение за ребенком может быть организовано на дому или амбулаторно. Вопрос об организации лечения на дому ребенка с острой респираторной инфекцией решается, как правило, участковым врачом-педиатром в зависимости от тяжести состояния ребенка, характера и течения заболевания, возраста ребенка.

Роль участкового-педиатра при острой заболеваемости является: оказание медицинской помощи при ОРВИ, разработывание алгоритма лечения больного, установление или подтверждения диагноза заболевания, вносить изменения в назначенное лечение в случае необходимости, так же госпитализация, при тяжелых и осложненных формах заболевания (гипертермический, геморрагический и судорожный синдромы, токсикоз, дыхательная и сердечно-

сосудистая недостаточность, нарушения функции других органов и систем). При развитии ОРВИ у новорожденных и детей из социально неблагополучных семей их лечение также должно проводиться в условиях стационара. Особое внимание при респираторных инфекциях (даже нетяжелых) необходимо уделять детям с тяжелыми хроническими заболеваниями (серьезная врожденная и приобретенная патология органов дыхания и кровообращения, органические поражения ЦНС, эндокринопатии, наследственные метаболические нарушения, иммунодефицитные состояния и другие).

Собственное исследование:

Материал и методы: проведено изучение распространенности острых инфекций верхних дыхательных путей по данным обращаемости записи вызовов врачей на дом, детей грудного, преддошкольного (ясельного), дошкольного возраста, младше школьного и подросткового возраста, находившихся под наблюдением на базе ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №15» города Волгограда. Заболеваемость детей изучали по обращаемости в детскую поликлинику путём записи вызовов врачей на дом. В разработку было включено 384 детей с первого участка, перенесших острые инфекции верхних дыхательных путей за период с января месяца по май 2018 года (Таблица 1), в возрасте от 0 до 16 лет. Комплексная оценка состояния здоровья базировалась на заключениях специалистов по амбулаторной документации, данных лабораторного и инструментального обследования.

Возрастные группы	Количество пациентов	Посещение активное	Вызов первичный
До 1 года	42	24	18
С 1 до 3 лет	99	27	72
С 4 до 7 лет	126	11	115
С 7 до 14 лет	93	10	83
Старше 14 лет	24	11	13

Таблица 1. Распределение детей перенёсших острые инфекции верхних дыхательных путей за период с января месяца по май 2018 года.

При анализе возрастной структуры детей перенёсших острые инфекции верхних дыхательных путей за период с января месяца по май 2018 года на первом педиатрическом участке количество детей всего составило 384 ребёнка, из них: дети до 1 года-42 (7,28%); от 1 до 3 лет-99 (12,7%); от 4 до 7 лет-126(16,3%); с 7 до 14 лет- 93(11,7%); старше 14 лет-24(3,74%).

(Рисунок 1).

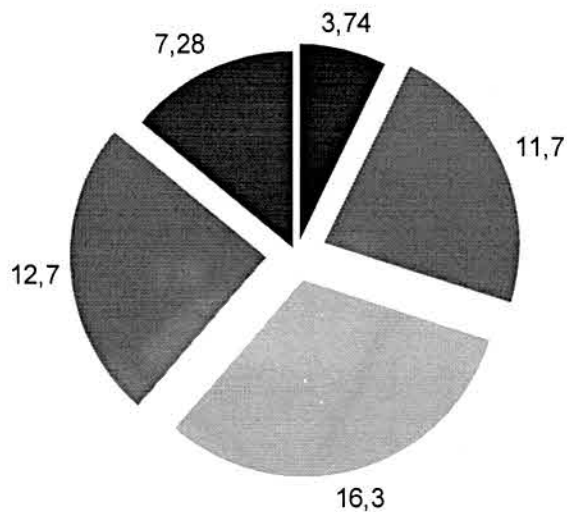


Рисунок 1.

Исследование анализа возрастной структуры детей перенёсших острые инфекции верхних дыхательных путей показало, что доминирующее место в структуре заболеваемости заняли дети до 1 года (7,28%); далее дети от 1 до 3-х лет (12,7%); дети от 4 до 7 лет составило (16,3%); с 7 до 14 лет (11,7%); и старше 14 лет- (3,74%).

При этом общая инфекционная заболеваемость верхних дыхательных путей составило у 384-х детей, за счёт анализа амбулаторных карт (историй развития ребенка, форма № 112/у) у данных детей выявил, что лидирующей позицией в структуре наиболее распространенных заболеваний входит такие заболевания как назофарингит. На втором месте по частоте встречаемости: трахеиты(9%). Отитам принадлежало третье место. На четвертом месте риниты(5%). На пятом месте тонзиллит(3%). Шестое место аденоидиты (2%) и синуситы(2%). На седьмом месте находились инфекционные болезни глаз, диагностированные 1% случаев, в основном конъюнктивит.

Приводим клинический пример:

Ф.И.О. пациентки: Иванова М. Р.

Возраст: 4 года 7 месяцев (21.12.2013г).

Место жительства: город Волгоград.

Жалобы:

На момент обращения пациентка предъявляет жалобы на слабость, боли в горле, слизистые выделения из носа, сухой кашель, повышение температуры тела, на заложенность в правом ухе в течении 2-х дней.

Анамнез настоящего заболевания:

Пациентка заболела 26.06.2018 года, когда появились боли в горле, усиливающиеся при глотании; повысилась температура тела до 38.5°C, так же на заложенность в правом ухе в течении 2 х дней. Мать пыталась снизить температуру парацетамолом. После безуспешного лечения обратились 27.06.2018 года в поликлинику.

Эпидемиологический анамнез:

За пределы области не выезжала. Гемотрансфузий не отмечает. Проживает в частном доме с родителями и двумя старшими братьями пятнадцати и шести лет. Условия проживания удовлетворительные. Старшие братья недавно перенесли острую респираторную инфекцию в лёгкой форме, за медицинской помощью не обращались.

Анамнез жизни:

Ребенок от третьей беременности, третьих родов, есть два старших брата пятнадцати и шести лет. На 37-ой неделе гестации – роды, естественным путем, без осложнений. Закричала сразу. Масса ребенка при рождении составляла 3650 г, рост 52 см. К груди ребенка приложили по истечению 30 минут после родов, сосала активно. Выписана в удовлетворительном состоянии, на 5-й день жизни. Течение послеродового периода у матери и ребенка без осложнений. Семейный анамнез: вирусные гепатиты, онкологические заболевания, сахарный

диабет, туберкулёз, венерические заболевания мать отрицает у себя, отца и ближайших родственников.

Социальное положение и здоровье семьи: мать 35 лет работает, отец 36 лет работает, материально обеспечены. Со слов матери по её линии и линии отца ребенка все здоровы.

Настоящее состояние больного:

Общее состояние больного средней степени тяжести. Температура тела 38°C. Сознание ясное. Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное. Отклонения в росте и физическом развитии отсутствуют.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно.

Кожные покровы бледно-розового цвета. Элементы сыпи отсутствуют. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, объёмных образований не определяется. Отёков не выявлено. Лимфатические узлы, доступные пальпации, увеличены (нижнечелюстные), мягкие, безболезненные, не спаяны с кожей. Щитовидная железа не увеличена.

Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен, сила достаточная. Суставы обычной конфигурации, симметричные, безболезненные, движения в них в полном объеме. Кости не деформированы.

Система органов дыхания:

Дыхание через нос свободное, ритмичное. Частота дыхания 24 в минуту. Грудная клетка при пальпации безболезненная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации выслушивается бронхиальное дыхание. Хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система:

Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, 134 удара в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При аускультации тоны сердца ясные, шумов нет.

Система органов пищеварения:

Язык – влажный, обложен белым налётом; язвы, трещины отсутствуют. В зеве – яркая гиперемия дужек и задней стенки. Небные миндалины обычных размеров, рыхлые, налеты отсутствуют.

Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, симметричный, видимой перистальтики нет, выбухания нет.

Напряжения мышц – нет. При глубокой пальпации живот безболезненный.

Печень не увеличена. Край ровный. Поверхность гладкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется.

Система органов мочевого выделения:

Мочеиспускание безболезненное, свободное. Диурез достаточный. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

Нервная система и органы чувств:

При осмотре пациентки парезы, параличи, мышечная атрофия, фибриллярные подергивания, судороги отсутствуют. Менингеальные симптомы не определяются. Лицо симметричное, язык по средней линии. Мышечная сила, сухожильные рефлексы одинаковые со всех сторон. Глотание не нарушено, тазовых расстройств не отмечается. Обоняние и вкус не нарушены.

План обследования больного:

1. ОАК
2. ОАМ
3. Анализ кала на паразитов.

Результаты лабораторных исследований

Общий анализ крови от 27.06.2018 года.

1. Цветовой показатель: 0,95
 2. Гемоглобин: 129 г/л
 3. Эритроциты: $4,07 \times 10^{12}$ /л
 4. СОЭ: 9 мм в ч.
 5. Тромбоциты: $199,4 \times 10^9$ /л
 6. Лейкоциты: $7,0 \times 10^9$ /л
- палочкоядерные: 19%
- сегментоядерные: 44%
- лимфоциты: 31%
- моноциты: 6%

Общий анализ мочи от 27.06.2018 года.

1. Цвет: светло-желтый
2. Реакция: кислая
3. Удельный вес: 1,016г/мл

4. Прозрачность: полная
5. Белок: нет
6. Сахар: нет
7. Эпителий: 8-9 в поле зрения
8. Лейкоциты: 4-6 в поле зрения
9. Эритроциты: 2-3 в поле зрения

Анализ кала на яйца глистов от 27.06.2018 года

Заключение: яйца глистов не обнаружены.

Обоснование предварительного диагноза:

На основании жалоб пациентки (слабость, боли в горле, слизистые выделения из носа, сухой кашель, повышение температуры тела до 38°C), анамнеза (заболела остро, появились боли в горле, усиливающиеся при глотании; повысилась температура тела до 38.7, на заложенность в правом ухе в течении 2 х дней), на основании эпидемиологического анамнеза (старшие братья недавно перенесли острую респираторную инфекцию в лёгкой форме), данных объективного обследования (в зеве – яркая гиперемия дужек и задней стенки, миндалины обычных размеров, рыхлые, налеты отсутствуют, в лёгких выслушивается бронхиальное дыхание, на основании результатов лабораторных исследований, можно выставить предварительный диагноз: Острый назофарингит, средней степени тяжести.

План лечения:

1. Амбулаторный режим, теплое дробное питье.
2. При подъеме температуры тела: Нурофен по 5 мл до 3х раз в день, при повышении температуры до 38С.
3. Анаферон детский внутрь по 1 таблетке 3 раза в день (растворить таблетку в небольшом количестве «1 столовая ложка» кипяченной воды комнатной температуры).
4. Отипакс по 3 капли 3 раза в день в ухо в течении 3 х дней.
5. Туалет носа физ.раствором 3 раза в день.
6. Мирамистин по два впрыскивания (3-5 мл на одно орошение) 3-4 раза в сутки.

7.Ксилометазолин по 1 капле в каждую ноздрю 3 раза в день.

Консультация оториноларинголога .

Повторный осмотр 03.07.2018 года

Пациентка Иванова Мария Романовна,4 года

Жалоб нет ,состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Носовое дыхание свободное ,выделения отсутствуют. Миндалины средних размеров, не изменены.

Дыхание везикулярное хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Температура тела 36.6С

ЧСС 115 в минуту.

ЧД 24 в минуту.

АД 120/70 мм. рт. ст.

Профилактика:

Борьба с передачей инфекции - тщательное мытье рук после контакта с больным, имеет первостепенное значение. Важно также ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного, в ДДУ – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания и длительности прогулок.

Закаливание защищает от инфицирования при небольшой дозе инфекта и, вероятно, способствует более легкому течению ОРВИ. Вакцинация. Несмотря на то, что вакцин против респираторных вирусов пока нет, ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 месяцев снижает и заболеваемость ОРВИ.

Выводы:

Таким образом, анализ по данным обращаемости записи вызовов врачей на дом, детей грудного, преддошкольного (ясельного), дошкольного возраста, младше школьного и подросткового возраста, что наиболее значимым является увеличение распространенности острых инфекций верхних дыхательных путей зимне-весенний период, поэтому можно констатировать, что заболевание острых респираторных инфекций на первом педиатрическом участке в 2018 году с января по апрель месяц с одинаковой частотой встречалось у детей разных возрастных групп. Однако наиболее часто острые респираторная инфекция встречалась достоверно чаще у детей дошкольного возраста (16,3 %). Для снижения данной заболеваемости требуется совершенствование системы медицинского обслуживания в амбулаторно-поликлиническом звене. Необходимо своевременная организация профилактической работы, в первую очередь, направленная на снижение уровня заболеваний, санитарно-гигиенические меры (кварцевание, регулярное и тщательное мытье рук, проветривание и влажная уборка помещения, а также карантин и изоляция больного), повышение устойчивости организма к вирусным инфекциям (занятие спортом, полноценное питание, закаливание, прием иммуномодулирующих препаратов), введение вакцины от вирусов гриппа.

Список литературы:

1. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни у детей - 1-е изд., М.: Медицина, 2009.
2. Барычева Л.Ю. Острые респираторные инфекции у детей: клиника и лечение: учебное пособие / Л.Ю. Барычева, М.В. Голубева, Л.В. Погорелова. 2012. - 220 с.: ил. Библиогр.: с. 210-216.
3. Коровина Н.А., Заплатников А.Л. (редакция). Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра: Пособие для врачей. М., 2011. 45 с.
4. Ибрагимова, О.М. Синдромы интоксикации и системного воспаления в патогенезе острых респираторных инфекций у детей / О.М. Ибрагимова, И.В. Бабаченко, Л.А. Алексеева, Т.В. Бессонова // Вестник современной клинической медицины. - Том 6, выпуск 3.-2013.-С. 101.
5. В.Н. Тимченко. Инфекционные болезни у детей; Изд.: «СпецЛит», 2012; 623 с.
6. "Инфекционные болезни и эпидемиология" В.И Покровский, 2010.
7. Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И., Гаращенко М.В. Элиминационная терапия слизистых оболочек верхних дыхательных путей в профилактике ОРВИ. 2010; с. 60

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 2 группы

Пак Анастасия Анатольевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автор поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автор проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова