

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://stuservis.ru/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 (ОЛТ) – 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 удлиненный 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., Зиатдинова 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://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/333601>