

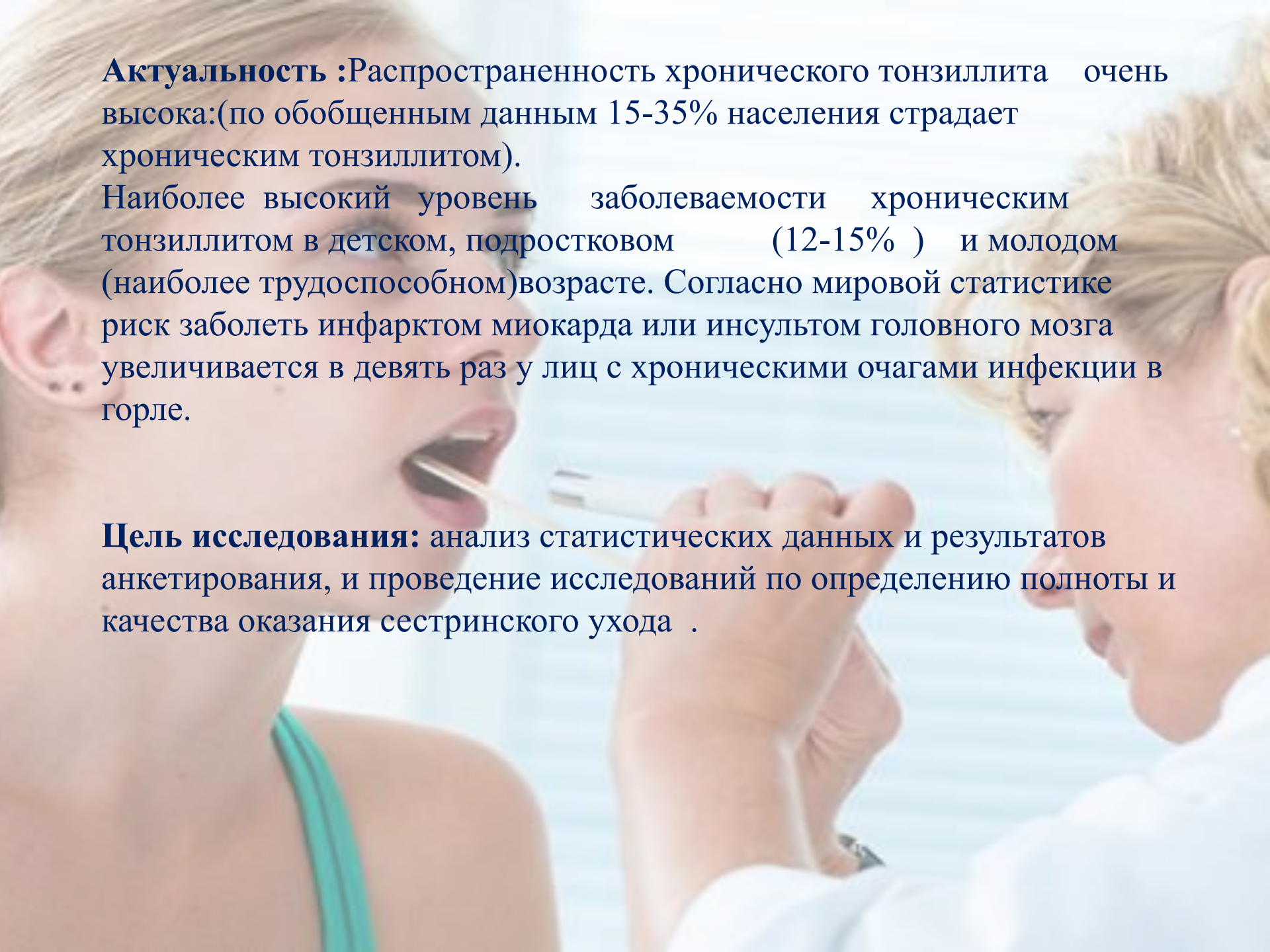
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОРОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Специальность: 34.02.01 «Сестринское
дело»

Квалификация – Медицинская сестра

Выпускная квалификационная работа
**«Участие медицинской сестры в лечении и профилактике хронических
тонзиллитов различной этиологии.»**

Выполнил студент
4 курса группы 42 М
Семкин Константин
Руководитель: Овчаренко Лилия
Анатольевна



Актуальность :Распространенность хронического тонзиллита очень высока:(по обобщенным данным 15-35% населения страдает хроническим тонзиллитом).

Наиболее высокий уровень заболеваемости хроническим тонзиллитом в детском, подростковом (12-15%) и молодом (наиболее трудоспособном)возрасте. Согласно мировой статистике риск заболеть инфарктом миокарда или инсультом головного мозга увеличивается в девять раз у лиц с хроническими очагами инфекции в горле.

Цель исследования: анализ статистических данных и результатов анкетирования, и проведение исследований по определению полноты и качества оказания сестринского ухода .

Объект: сестринский уход, как необходимый элемент лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Предмет: участие медицинской сестры в лечении и профилактике хронических тонзиллитов .

Гипотеза исследования: рациональная организация сестринского процесса на местах и проведение широкой санитарнопросветительной работы с населением , проведение вместе с врачами **скринингового обследования на хронический тонзиллит** у больных ревматизмом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, патологией почек - может повысить качество оказания медицинской и в том числе сестринской помощи, что позволит снизить заболеваемость целого ряда хронической патологии , в том числе хронических **ТОНЗИЛЛИТОВ**.

Хронический тонзиллит — длительное воспаление глоточных и небных миндалин (от лат. tonsillae — миндалевидные железы). Развивается после перенесённой ангины и других инфекционных болезней, сопровождающихся воспалением слизистой оболочки зева (скарлатина, корь, дифтерия), или без предшествующего острого заболевания.

По МКБ 10-J35-(хронический тонзиллит)

Этиология.

Хронический тонзиллит может быть вызван различными микроорганизмами.

Среди возбудителей при хроническом тонзиллите наиболее часто обнаруживают стафилококки, стрептококки, пневмококки, *Haemophilus infl.*, моракселлу, аденовирусы, вирус Эпштейн-Барр, вирус герпеса, хламидии, грибы, различные анаэробы, микоплазмы.

Патогенез.

Развитию заболевания способствуют:

- наличие хронических очагов воспаления в полости рта, носа, околоносовых пазух, затруднение носового дыхания, интоксикация;
- неблагоприятные климатические условия, условия труда и быта (запыленность, загазованность воздуха);
- общее и местное охлаждение;
- нерациональное питание.

Формирование очага хронического воспаления в миндалинах происходит в результате длительного взаимодействия инфекционного агента и макроорганизма, при котором важную роль играет состояние общей и местной реактивности организма.

Наиболее отвечающей практическим нуждам врача и современной сейчас признаётся **Классификация хронического тонзиллита по И.Б.Солдатову**

1.Неспецифические

Компенсированная и декомпенсированная стадии:

Компенсированная стадия представляет собой дремлющий очаг инфекции.

Нет ни видимой реакции со стороны всего организма, ни повторных ангин.

При декомпенсации беспокоят частые ангины, нередко отмечаются

осложнения тонзиллита в виде абсцессов,

воспалительных воспалительных заболеваний уха и пазух носа, а также

поражения других органов (сердца, почек).

2. Специфические: при инфекционных гранулемах – туберкулезе, сифилисе, склероме.

Клиника.

- Наиболее достоверными местными признаками хронического тонзиллита являются:
- Гиперемия и валикообразное утолщение краёв небных дужек.
- Рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками.
- Разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины.
- Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.
- Регионарный лимфаденит - поднижнечелюстные (чаще) и шейные лимфоузлы увеличены и слегка болезненны при надавливании.

Особенности клинической картины в зависимости от степени компенсации

1. Компенсированная форма -

только местные признаки хронического воспаления миндалин, выраженной общей реакции не возникает

2. Декомпенсированная форма - местные признаки хронического воспаления миндалин в сочетании с

рецидивирующими ангинами, паратонзиллитами, паратонзиллярными абсцессами, заболеваниями отдалённых органов.

Диагноз хронического неспецифического

тонзиллита считают достоверным при наличии двух и более из перечисленных местных признаков. При развитии системных инфекционно-аллергических заболеваний проводится дополнительное обследование у кардиолога или ревматолога

Лабораторные методы исследования

- **Бактериологическое** исследование мазков с поверхности небных миндалин;
- **Цитоморфологическое** исследование отделяемого лакун.
- Методы специфической диагностики инфекции, вызванной *S. pyogenes* группы А;
- **иммуносерологические тесты** (определение титров антистрептолизина, анти-ДНКазы В, антистрептокиназы, комплемента, пропердина)
- Анализ крови (**ОАК**) .где прослеживается:
гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитопения, лейкопения, увеличение СОЭ
- **Иммунограмма** .Перераспределение в количественном содержании Т-, В-лимфоцитов и их субпопуляций.

Лечение

Лечение хронического тонзиллита, как любого хронического заболевания, должно быть комплексным и этапным, направленным на воздействие непосредственно на очаг воспаления и повышение иммунитета. Общие рекомендации: правильный режим дня, рациональное питание, витамины, физические упражнения.

Консервативное лечение показано:

при компенсированной и декомпенсированной форме хронического тонзиллита, проявляющейся лишь рецидивирующими ангинами; когда имеются противопоказания к операции.

- Антибиотикотерапия в течение 10 дней
- Иммунокоррекция: аутосеротерапия, иммуностимуляторы (например, левамизол, пиродигиозан, тималин, ИРС19, бронхомунал, рибомунил).
- Гипосенсибилизирующие средства: препараты кальция, аскорбиновая кислота, антигистаминные препараты

Средства рефлекторного воздействия: различного вида новокаиновые блокады, иглорефлексотерапия, мануальная терапия шейного отдела позвоночника

Физиотерапия. Облучение миндалин гелий-неоновым лазером, на регионарные лимфатические узлы: ультразвуковая терапия, ультрафонофорез, лазеротерапия, УВЧ.

Хирургическое лечение

Показания: неэффективность консервативного лечения, декомпенсация хронического неспецифического тонзиллита в виде частых рецидивов ангин.

Паллиативное гальванокаустика, диатермокоагуляция миндалин, лакунотомия, выскабливание лакун, криовоздействие на миндалины, лазерная деструкция.

Радикальным методом лечения хронического тонзиллита является полное или частичное удаление миндалин

Местное лечение .

А. Промывание лакун миндалин, смазывание лекарственными средствами.

Б. Отсасывание содержимого лакун миндалин с помощью электроотсоса.

В. Введение в лакуны лекарственных веществ.

Новое в лечении:

Метод регенеративной криотерапии для лечения хронического тонзиллита, фарингита, хронического ринита и других заболеваний. Метод регенеративной криотерапии по Дорохову комплексно убирает очаги инфекции без операции; стимулирует, оздоравливает защитную лимфоидную ткань нёбных миндалин (при хроническом тонзиллите)

Нёбные миндалины, лимфоидные фолликулы, слизистая оболочка носа регенерируют и начинают опять выполнять защитную функцию, как у здоровых людей, при этом ещё и повышаются иммунные процессы в организме, осложнения начинают постепенно уходить сами или легче поддаются лечению.

Профилактика .

Профилактика обострений хронического тонзиллита!

Общегигиенические мероприятия.

Закаливание.

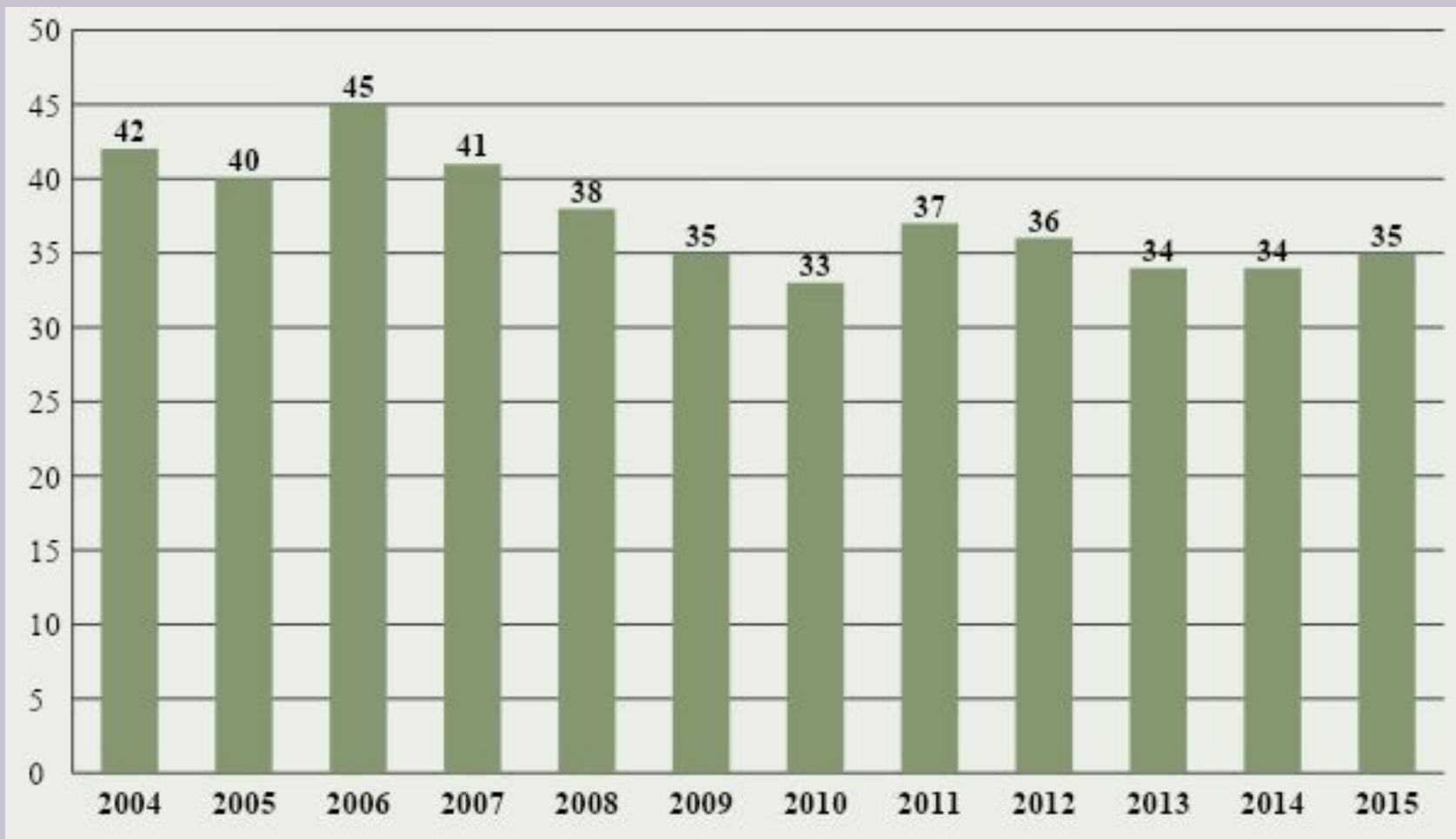
Рациональное питание.

Санационные мероприятия. Иммуномодулирующие средства

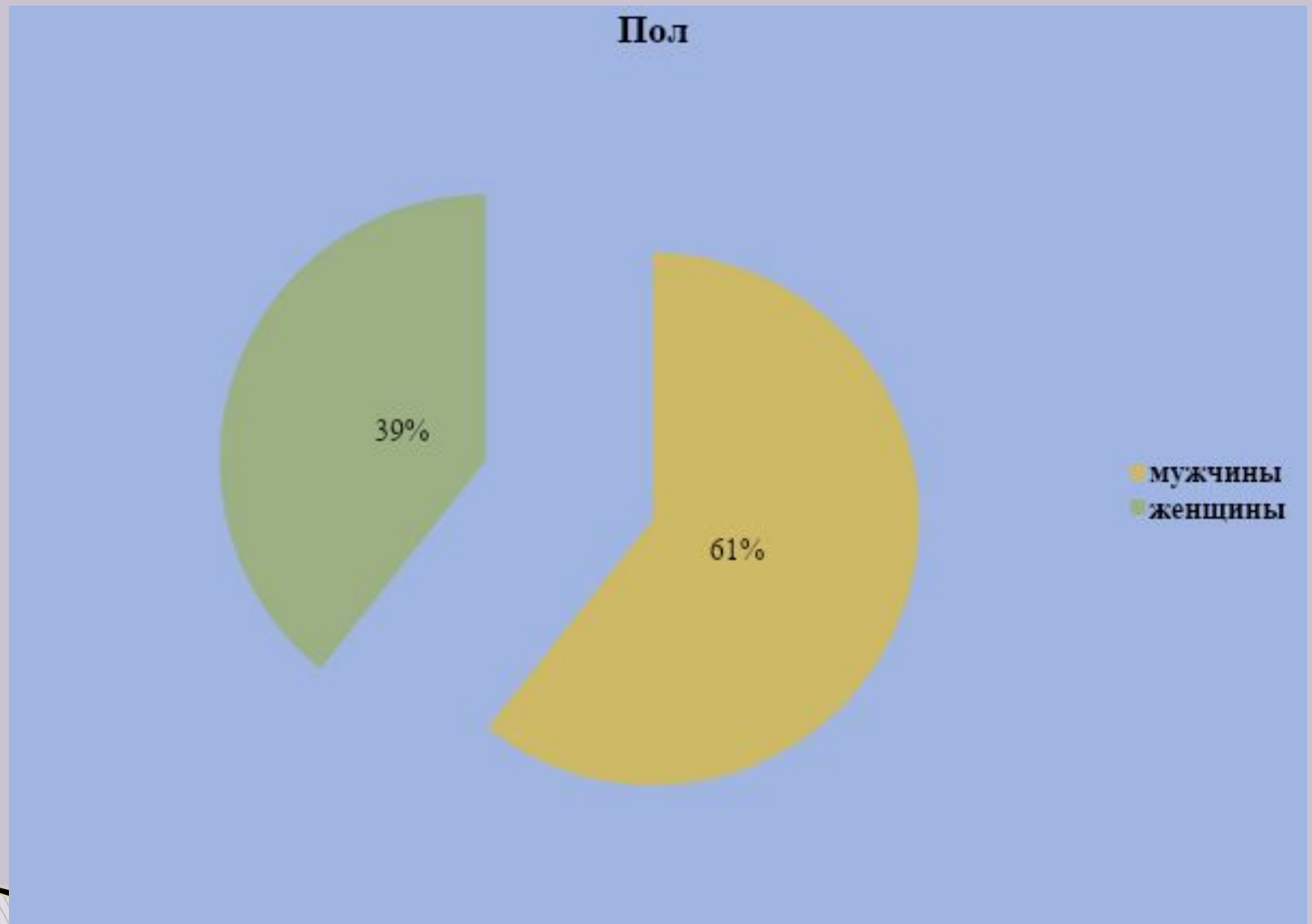
Диспансерный учёт

- Пациентам с ХНТ необходим осмотр оториноларинголога 1 р/3 мес, а затем, при отсутствии обострений заболевания в течение 1 года, — 2 р/год
- При отсутствии обострений в течение 3 лет после 4-5 курсов консервативного лечения, нормализации объективных данных и исчезновении местных признаков ХНТ пациента снимают с диспансерного учёта
- Пациентов, перенёсших тонзиллэктомию, снимают с диспансерного учёта через 6 мес.

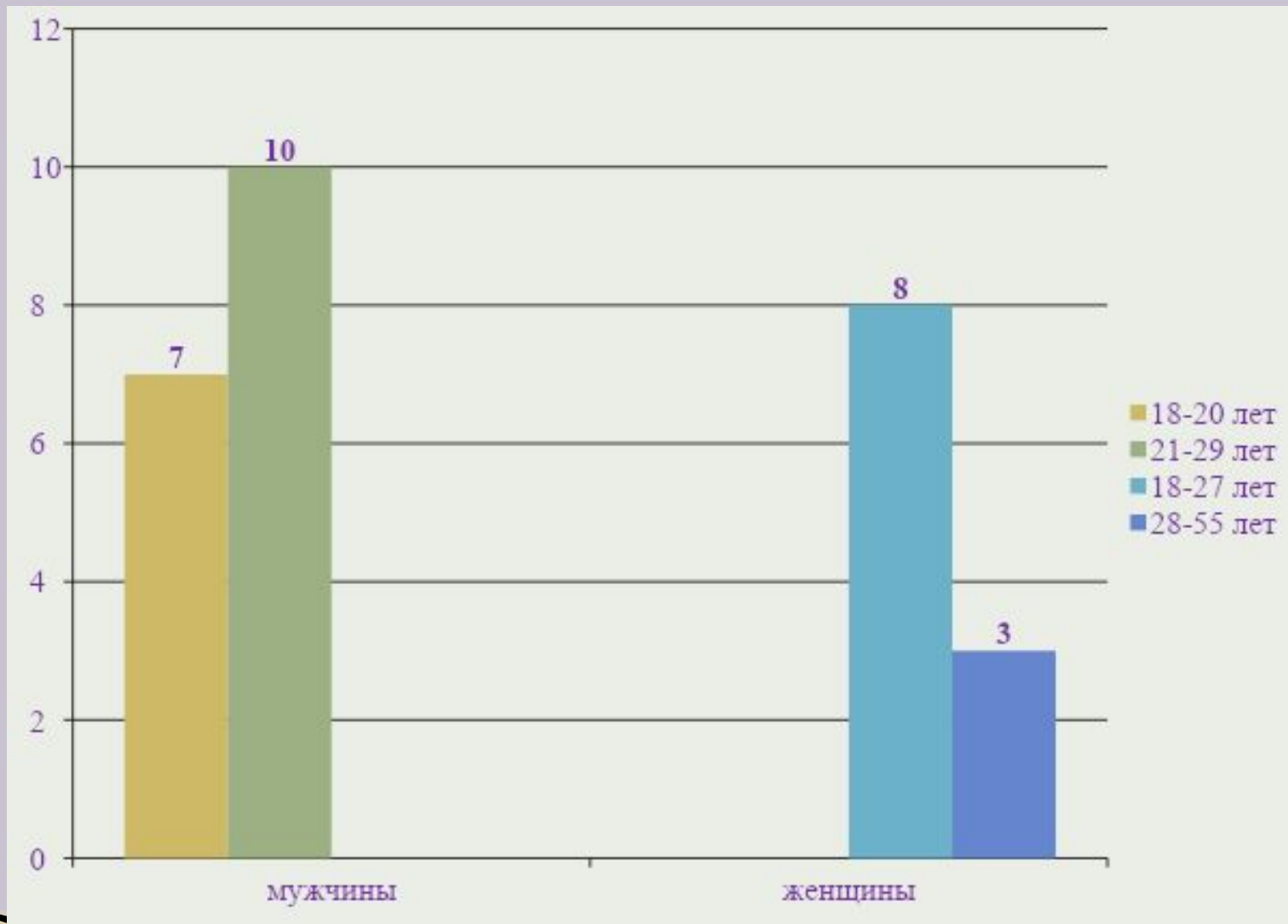
Заболееваемость хроническими тонзиллитами в 2004-2015 г.г.(по данным ежегодного доклада Зам.Министра здравоохранения РФ)



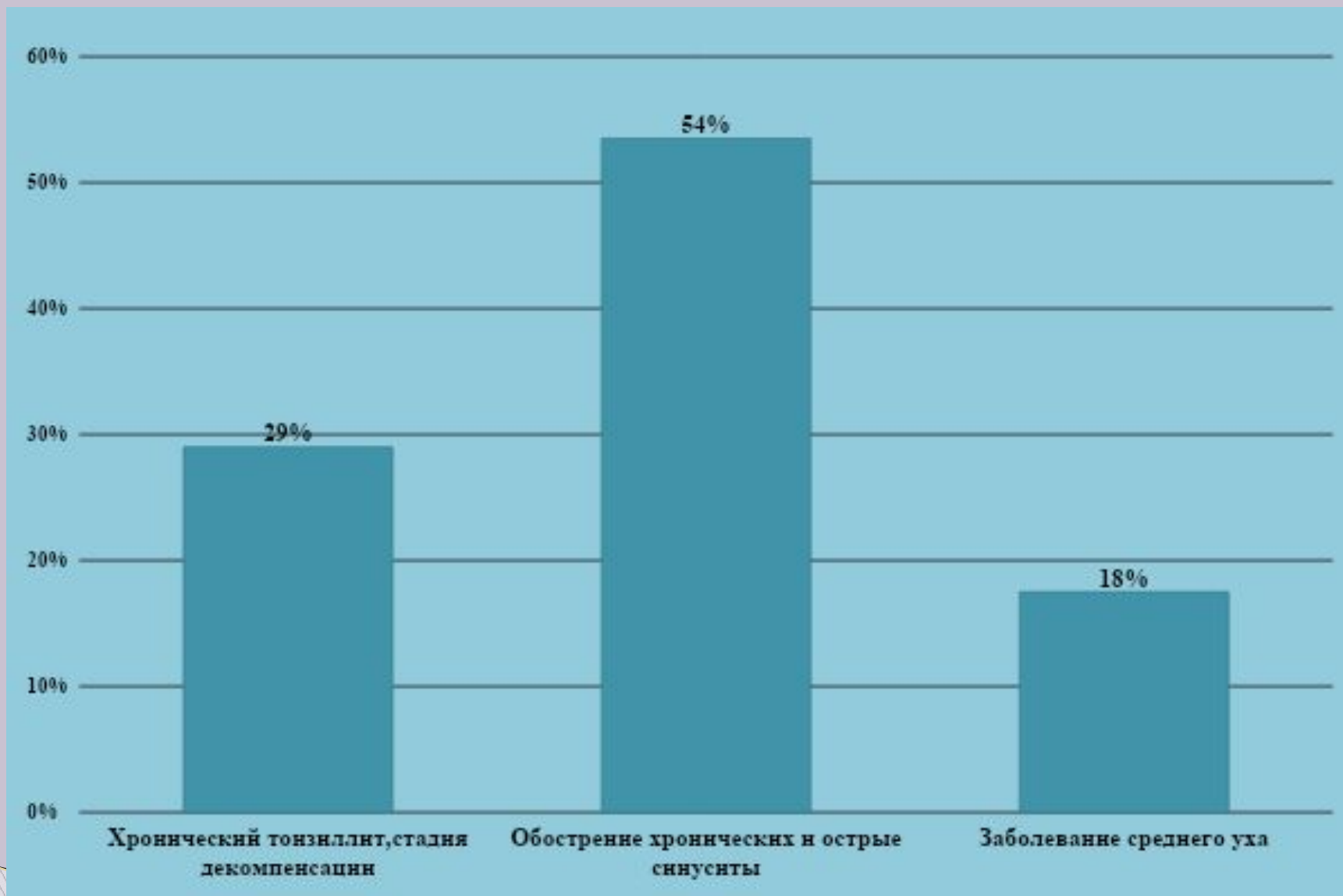
Распределение респондентов по половой принадлежности



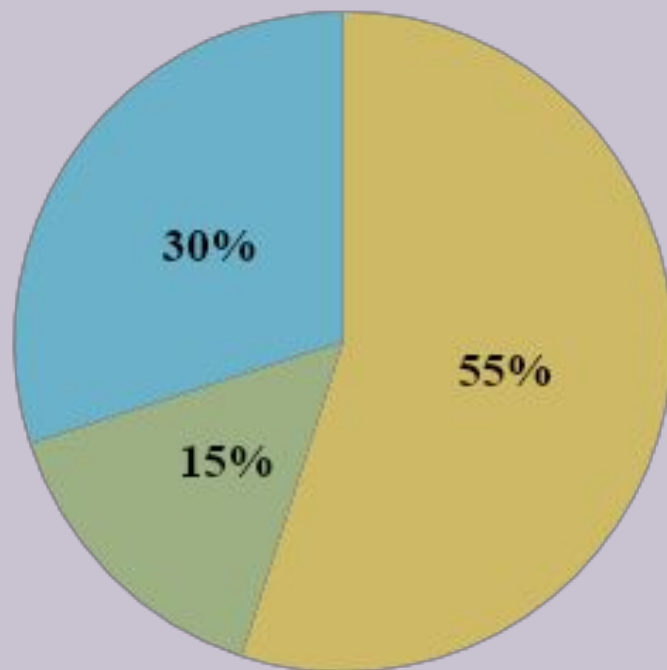
Распределение респондентов по возрастным категориям



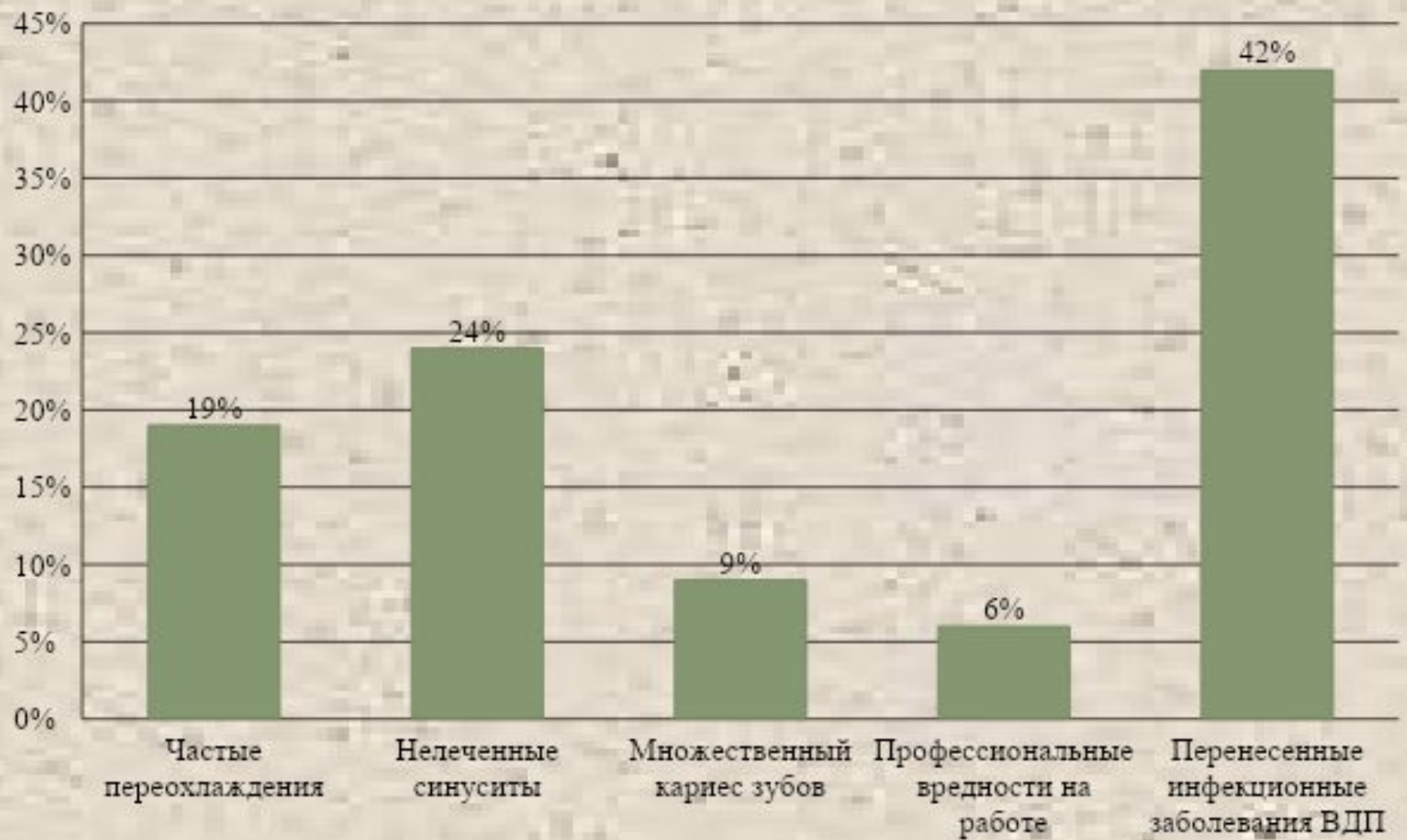
Заболевания, с которыми респонденты находились на лечении в ЛОР-отделении

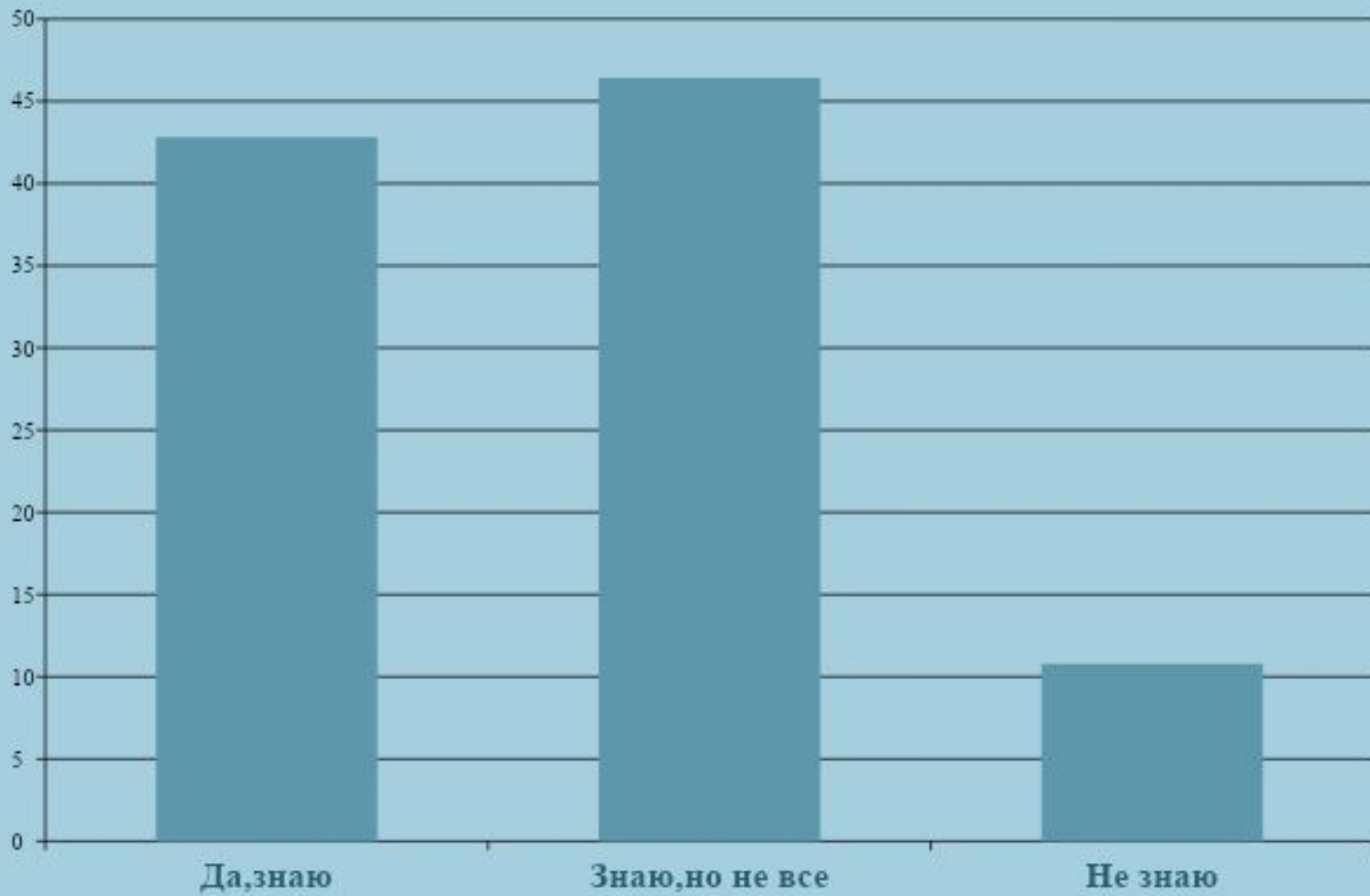


Знали ли пациенты Лор-отделения о наличии у себя Хронического тонзиллита

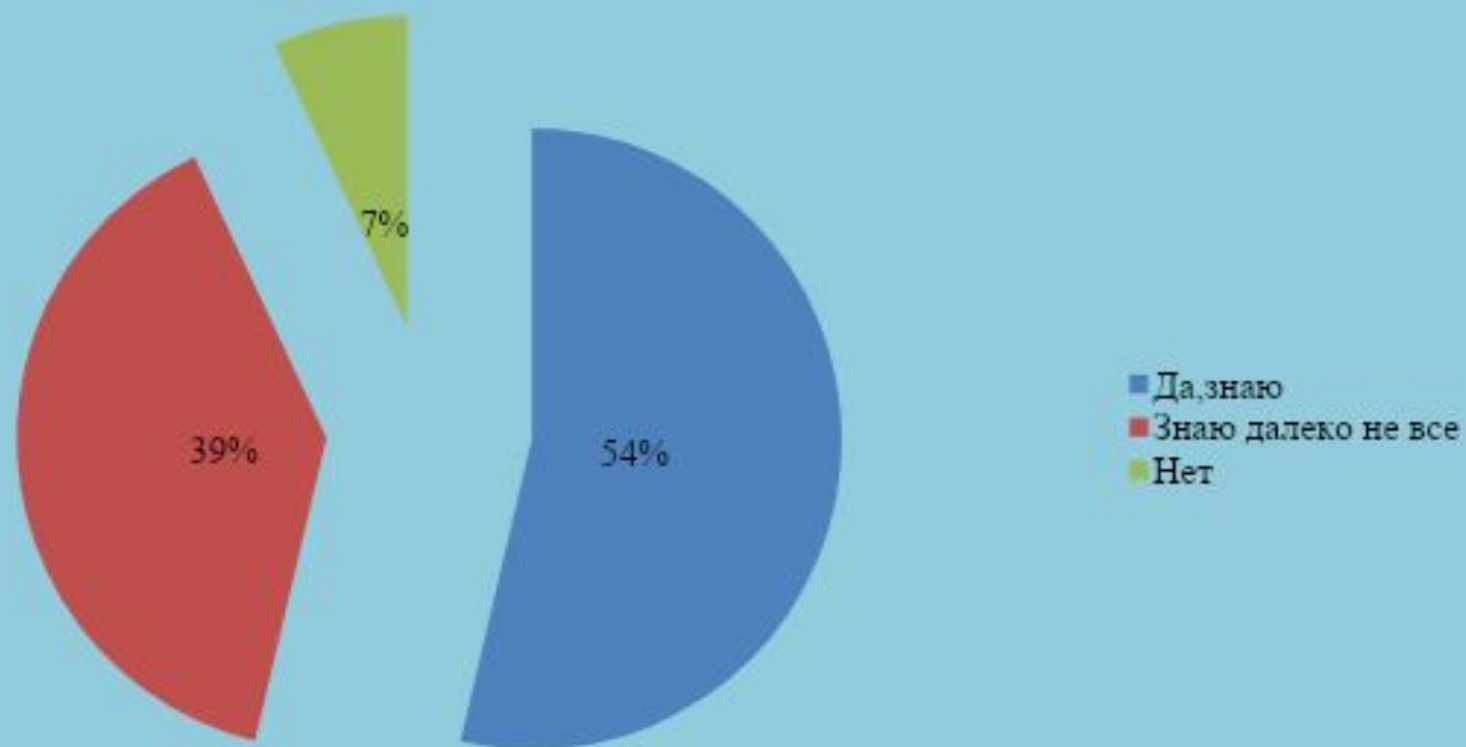


- Догадывались
- Да
- Не подозревали

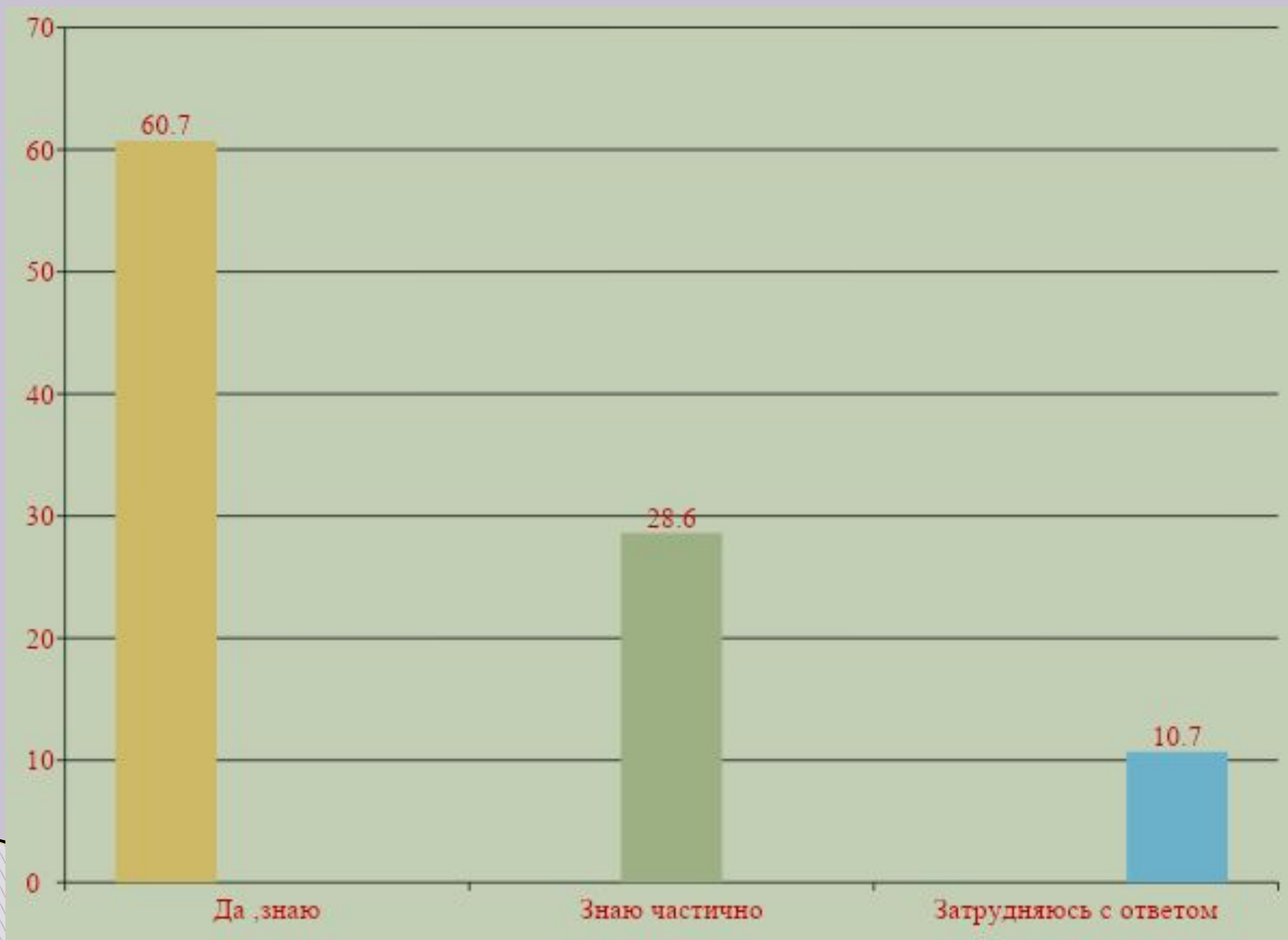




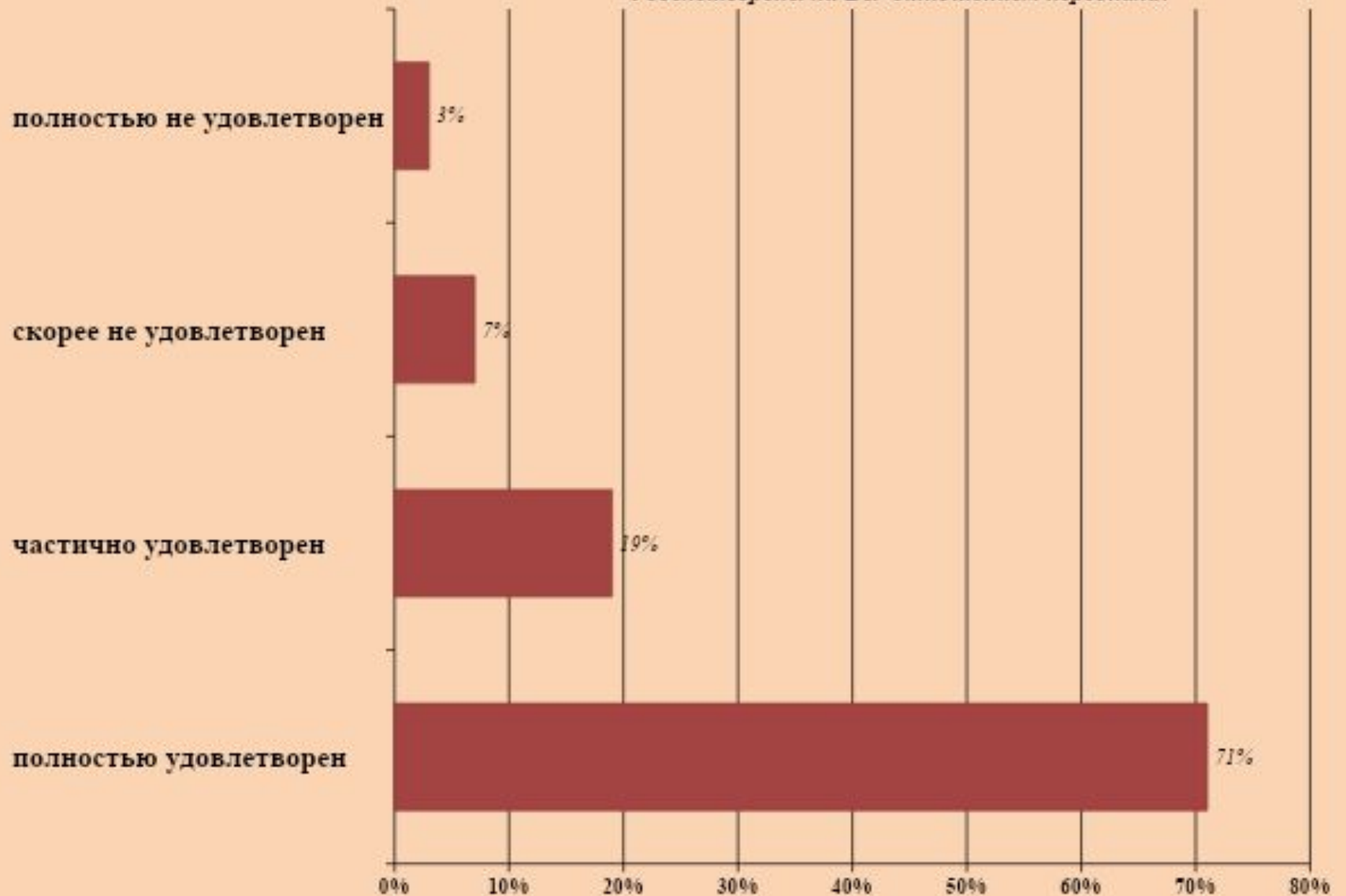
Знаете ли Вы о осложнениях хронического тонзиллита



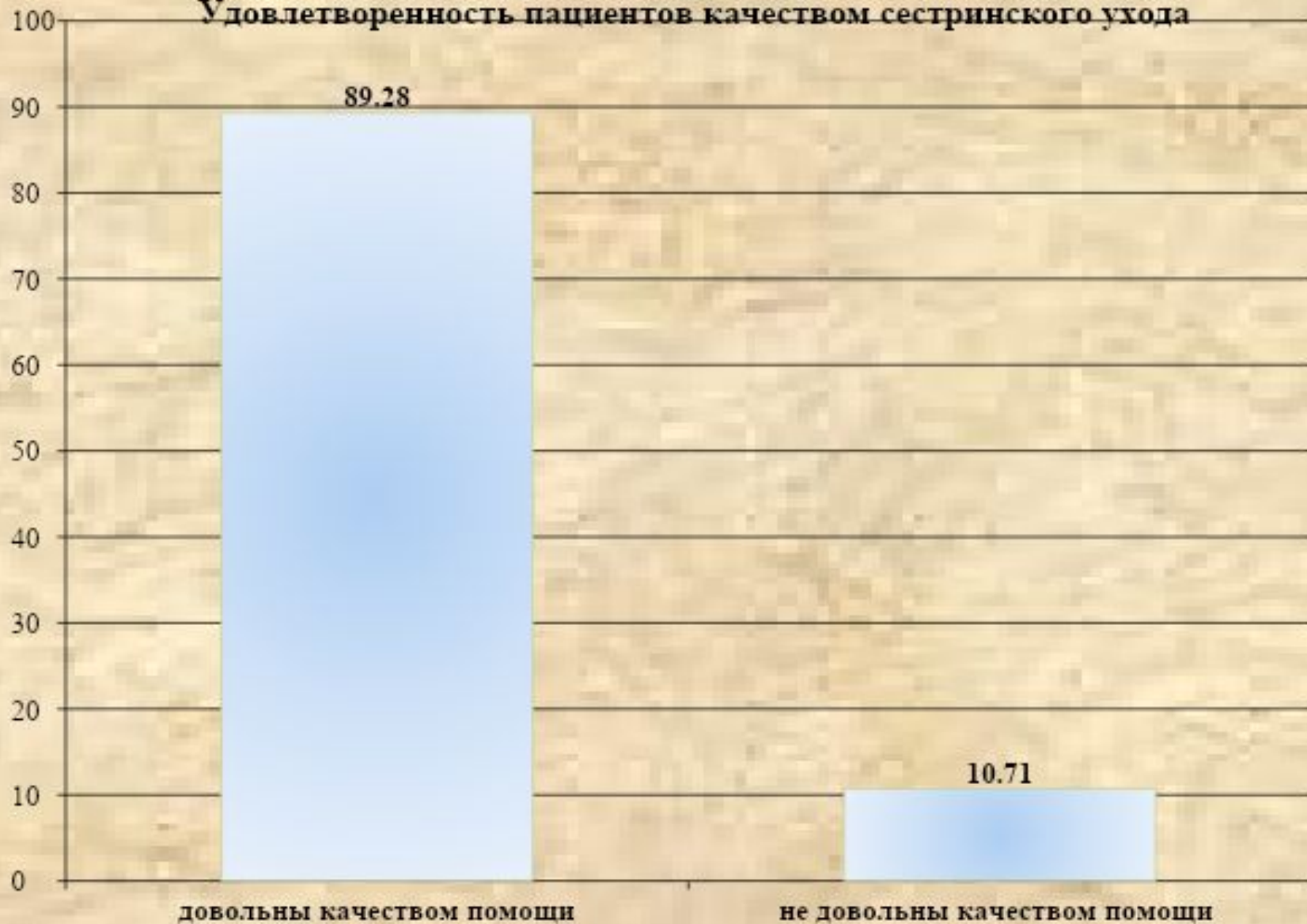
Знание респондентами мер профилактики хронического тонзиллита



Удовлетворены ли Вы отношением персонала?



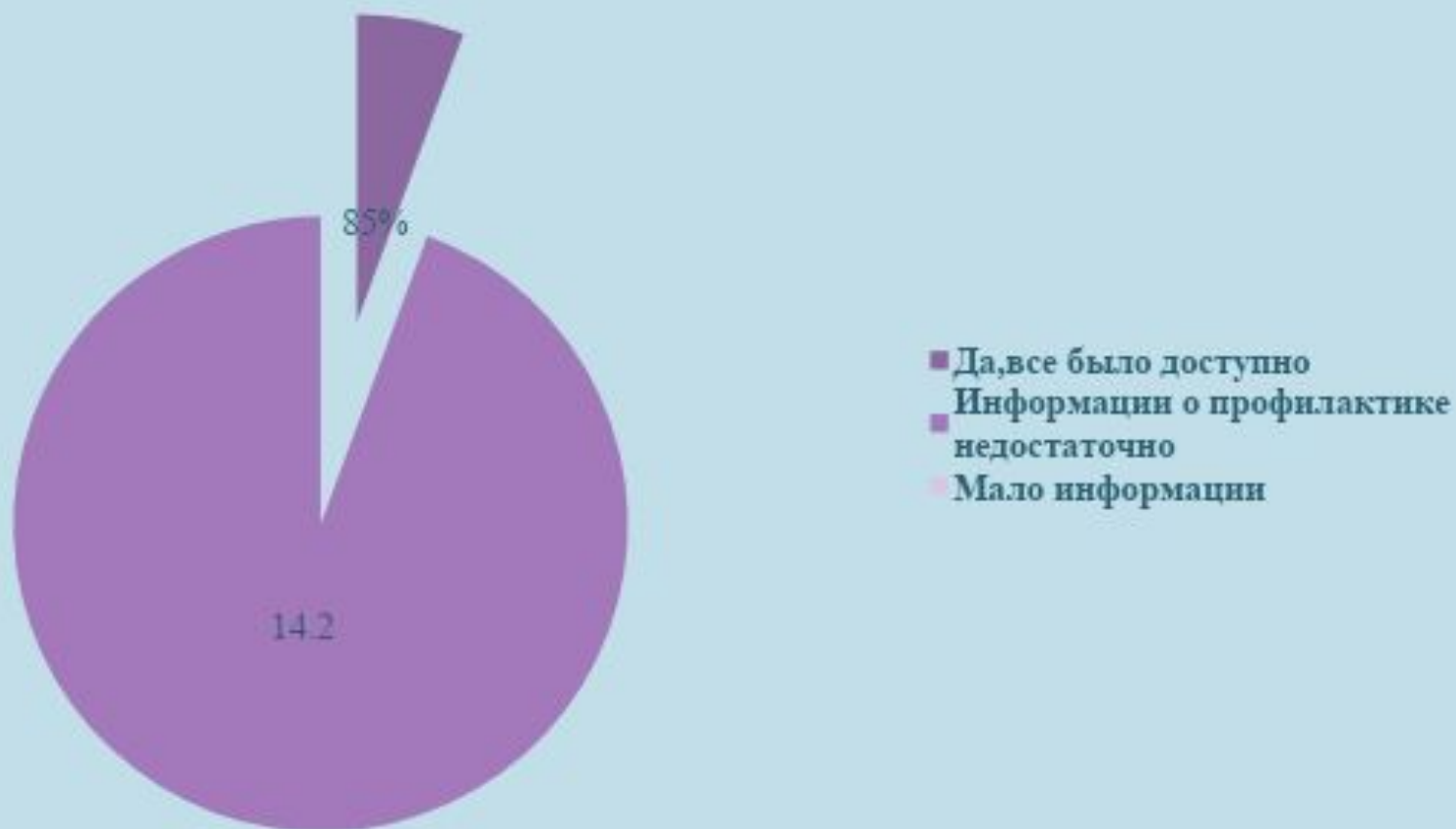
Удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода

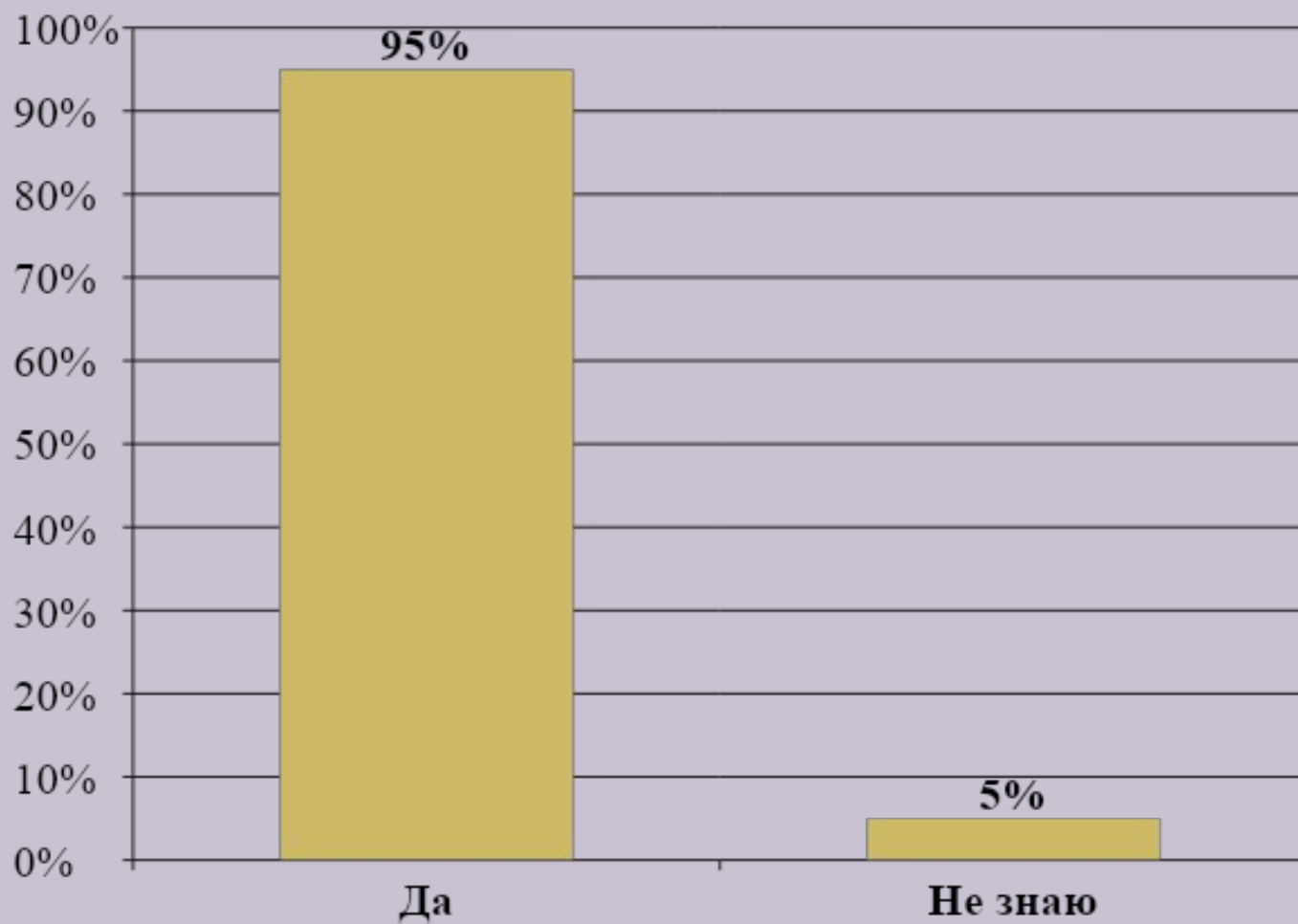


Качество, выполняемых медсестрами лечебно-диагностических манипуляций



Полнота информации, предоставляемой медсестрами, о профилактике хронического тонзиллита







Спасибо за внимание !