

**Всероссийский конкурс научно-исследовательских,
изобретательских и творческих работ обучающихся**

«НАУКА, ТВОРЧЕСТВО, ДУХОВНОСТЬ»

Направление:

Медицина; здоровый образ жизни; ветеринария

Тема:

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ,
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ У ДЕТЕЙ**

Автор: Григорян Виктория Юрьевна

Научный руководитель: Смирнова Ксения Юрьевна

**Место выполнения работы: ГБПОУ «Краснодарский краевой базовый
медицинский колледж» министерства здравоохранения Краснодарского края**

АННОТАЦИЯ

Туберкулёз относится к социально значимым заболеваниям, отображающим эпидемиологическое благополучие страны.

На данный момент в Российской Федерации наблюдается благополучная динамика заболеваемости туберкулёзом среди детского населения. Однако, вследствие миграционных процессов, отказов от вакцинопрофилактики, распространённость заболевания может возрасти. Наиболее подвержены туберкулёзу дети дошкольного возраста, как правило, не привитые в родильном доме, а также подростки, в связи с отсутствием иммунитета к микобактериям.

Основная роль в проведении санитарно-просветительной работы населения, а также реализации ухода принадлежит медицинским сёстрам, от действий которых зависит качество жизни и здоровье населения.

Пропаганда и проведение профилактических мероприятий, включая вакцинацию, способствует созданию коллективного иммунитета, снижает распространённость среди населения.

Сестринский уход за пациента детского возраста при туберкулёзе способствует улучшению общего состояния, снижает риск развития осложнений. Это показывает важность роли медицинской сестры в проведении профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий при туберкулёзе у детей и подтверждает актуальность темы исследования.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

1. Анализ статистических данных по заболеваемости туберкулёзом у детей в Российской Федерации и Краснодарском крае
2. Определение осведомленности пациентов об эпидемиологических аспектах, мерах профилактики, улучшении качества жизни при туберкулёзе
 - 2.1. Разработка анкеты и анкетирование пациентов
 - 2.2. Анализ результатов анкетирования
3. Анализ эффективности деятельности медицинской сестры при проведении комплекса реабилитационных мероприятий и осуществлении сестринского ухода за пациентом детского возраста с туберкулёзом
4. Разработка памятки пациентам по профилактике туберкулёза у детей

ВЫВОДЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье детского населения является важным социально-экономическим показателем для государства. Вследствие анатомо-физиологических особенностей органов и систем, в том числе variability иммунитета, дети более подвержены инфекционным заболеваниям.

Туберкулёз является социально значимым заболеванием. Основным фактором заражения микобактериальным туберкулёзным комплексом является ослабление иммунитета. Особенно подвержены заболеванию дети в период дошкольного возраста, а также старшего школьного возраста.

По оценочным данным ВОЗ в 2017 году заболели туберкулезом 10,0 млн. человек (9,0-11,1 млн.): из них 1,0 млн. детей (0-14 лет); умерли -1,6 млн., из них детей (0-14 лет) - 233 000, среди которых 80% - дети до 5 лет, 17% (39 000) – с ВИЧ-инфекцией.

В настоящее время в РФ отмечается стойкая положительная динамика эпидемической ситуации по туберкулезу у детей.

В течение последних пяти лет отмечается снижение заболеваемости туберкулезом с 16,4 до 9,6 на 100 000 детей 0–14 лет. Доля детей 0-14 лет в структуре заболеваемости туберкулезом сохраняется примерно на одном уровне. Заболеваемость детей 15– 17 лет вдвое превышает заболеваемость детей 0–14 лет, однако существенно ниже заболеваемости взрослых (21,2 на 100000 подросткового населения).

Доля больных с бактериовыделением среди детей нарастает в возрастных группах: 5–6 лет (3,0%), 7–14 лет (8,4%), 15–17 лет (25,8%).

Показатель смертности детей 0–14 лет от туберкулеза составил в 2017 г. 0,03, а 15-17 лет – 0,1 на 100 000 детей соответствующего возраста.

Увеличивается доля лекарственной устойчивости среди бактериовыделителей; растет доля детей с туберкулезом в сочетании с ВИЧ, причем среди детей 0–14 лет она выше, чем среди детей 15–17 лет (3,6 и 0,7%).

Дефицит знаний со стороны родителей по вопросам источников и путей передачи, вакцинации, уходу за детьми обуславливает необходимость в разработке и проведении комплекса мероприятий по профилактике, лечению, диагностике, а также реабилитации детей с туберкулёзом.

Это и обуславливает актуальность исследования.

Область исследования: туберкулёз у детей.

Объект исследования: роль медицинской сестры в проведении профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий при туберкулезе у детей

Предмет исследования: Этический кодекс медицинской сестры России, должностная инструкция медицинской сестры, статистические показатели, результаты анкетирования, данные анамнеза пациентов.

Гипотеза исследования: сестринская деятельность в проведении профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий при туберкулёзе у детей обеспечит помощь родителям по уходу, будет способствовать улучшению самочувствия ребёнка, повышению иммунитета, профилактике осложнений.

Цель работы: исследование роли медицинской сестры в проведении профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий при туберкулёзе у детей на базе ГБУЗ Клинический противотуберкулёзный диспансер, детское отделение № 4 города Краснодара МЗ КК

Задачи исследования:

1. Выполнить аналитический обзор литературных источников и нормативной документации по теме исследования.
2. Выполнить сравнительный анализ статистических данных по распространенности туберкулёза у детей в Российской Федерации, Краснодарском крае.
3. Определить и ранжировать факторы риска развития туберкулёза у детей по данным анамнеза пациентов.
4. Разработать и выполнить план сестринского ухода и наблюдения за пациентом детского возраста с туберкулёзом с учетом этико-деонтологических, профилактических и реабилитационных мероприятий.
5. Определить осведомлённость родителей пациентов детского возраста с диагнозом туберкулёз по уходу, особенностям питания, режима дня, профилактике осложнений, их удовлетворенностью сестринским уходом.
6. Разработать материалы для санитарно-просветительной работы медицинской сестры.

Методы исследования:

- теоретический анализ литературных источников по теме исследования;
- метод научного исследования (анализ статистических данных);
- метод социологического опроса (анкетирование);
- методы математической статистики (вычисление процентных соотношений).

Практическая значимость работы: исследование позволило закрепить, расширить, углубить и систематизировать знания о роли медицинской сестры в проведении профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий при туберкулёзе у детей.

Подтверждено освоение видов деятельности, профессиональных и общих компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 34.02.01. Сестринское дело.

Разработан и выполнен план сестринского ухода и наблюдения за пациентом детского возраста с туберкулезом, который получил одобрение лечащего врача и способствовал в обеспечении помощи пациентам, а также родителям по уходу за детьми, способствовал положительной динамике состояния пациента при проведении лечения, а также профилактике осложнений.

Разработаны материалы для санитарно-просветительной работы медицинской сестры.

Результаты исследования могут быть использованы в учебном процессе колледжа при изучении студентами специальности Сестринское дело ПМ 02. «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах».

1. Анализ статистических данных по заболеваемости туберкулёзом у детей в Российской Федерации и Краснодарском крае

По статистическим данным на территории Российской Федерации наблюдается рост заболеваемости туберкулёзом среди детского населения в период с 2020 по 2022 год (Рис.1.).



Рис.1. Заболеваемость детей туберкулёзом в РФ 2020-2022 год

На территории Краснодарского края в период с 2019 по 2023 год отмечается спад заболеваемости туберкулёзом среди детского населения, однако процент заболевших остается на высоком уровне, что связано с миграцией населения, отказом от проведения вакцинопрофилактики.

В 2023 год количество заболевших детей составило 10, 8% (Рис.2.).



Рис.2. Заболеваемость детей туберкулёзом в Краснодарском крае 2019-2023 год

Заболеваемость туберкулезом всего населения в 2021 г. составил 53,9 на 100000 населения. Показатели превышают среднекраевые на следующих территориях «риска» по Краснодарскому краю: Брюховецкий, Усть-Лабинский, Приморско-Ахтарский, Павловский, Выселковский, Отрадненский, Северский, Курганинский, Каневской, Тихорецкий, Тимашевский, Апшеронский, Ленинградский, Красноармейский, Темрюкский, Кавказский, Абинский, Новопокровский, Белореченский, Славянский, Лабинский, Кущевский, Староминский, Белоглинский, Калининский, Гулькевичский районы.

Заболеваемость туберкулезом среди детей до 14 лет выросла в России за первые пять месяцев 2023 года. За этот период впервые туберкулез был обнаружен у 703 детей, что на 17% больше показателей 2022 года (Рис.3.).



Рис.3. Ранжирование заболеваемости туберкулезом среди детского населения в РФ по возрасту

Чаще туберкулез возникает у детей в возрасте 0-14 лет, что может быть связано с отказами от вакцинопрофилактики.



Рис.4. Ранжирование заболеваемости туберкулезом среди детского населения в РФ по полу

Среди показателей заболеваемости по гендерному признаку лидирует женский пол, значительно преобладавая в период с 2020 по 2022 гг. (Рис.4.)

В Краснодарском крае эпидемиологическая ситуация по туберкулезу стабильная, по некоторым показателям отмечается тенденция к улучшению. Наблюдается планомерное снижение показателя заболеваемости туберкулезом с 2019 по 2023 г. у детей 0-14 лет с 3,7 до 2,8 на 100 000 постоянно проживающего населения.

. В сравнении с 2022 г. в 2023 г., отмечается незначительный рост заболеваемости детей 0- 14 лет с 2,5 до 2,8 на 100 000 постоянно проживающего населения.

Заболеваемость туберкулезом подростков 15-17 лет в Краснодарском крае снизилась с 2019 по 2023 г. с 14,3 до 8,0 на 100 000 подросткового населения. Снижение заболеваемости у детей и подростков является результатом профилактической работы среди детско-подросткового населения, ростом уровня профилактических осмотров (Рис.5).

Некоторый рост показателя заболеваемости туберкулезом детей 0-14 лет связан с:

- усилением миграции населения за счет беженцев из бывших союзных республик, из зон национальных конфликтов;
- наличием беженцев, не обследованных на туберкулез, в том числе больных туберкулезом детей;
- ростом числа детей из группы риска (дети социально - дезадаптированных семей, оставшиеся без попечения родителей, из семей беженцев, вынужденных переселенцев и мигрантов, из многодетных, неполных и малообеспеченных семей).

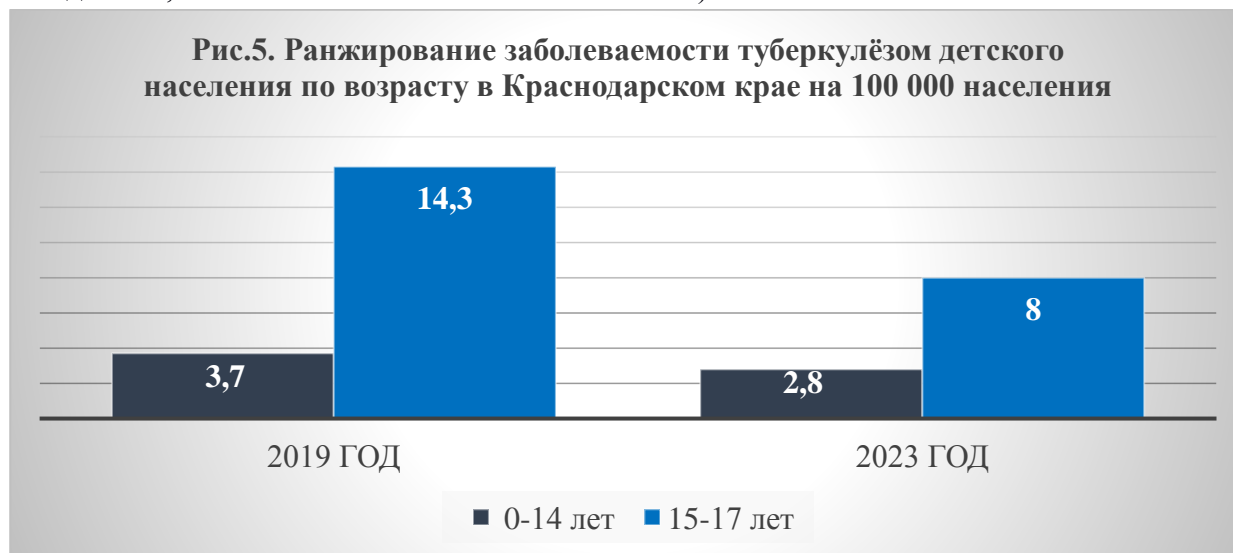


Рис.5. Ранжирование заболеваемости туберкулёзом детского населения по возрасту в Краснодарском крае на 100 000 населения

Дети из групп социального риска являются наиболее уязвимым контингентом в отношении заболевания туберкулезом; катастрофическим увеличением числа больных, выделяющих лекарственно-устойчивые штаммы микобактерии туберкулеза.

Более чем в 80% случаев туберкулез у детей и подростков протекает бессимптомно, поэтому важным аспектом противотуберкулезных мероприятий являются профилактические медицинские осмотры с целью раннего выявления заболевания.

Среди клинических форм туберкулеза, выявленных у подростков с 2019 по 2023 г. преобладает инфильтративный туберкулез легких который составил 40-47%.

Второе место занимает очаговый туберкулез легких, который составил 40-29%. Отмечается рост диссеминированного туберкулеза легких у подростков с 2019 по 2023 г. (от 12% до 33%), что можно объяснить усилением миграционных процессов (Рис.6).

Туберкулёз может поражать любой орган, однако, наиболее часто микобактерии вызывают патологический процесс в дыхательной системе.

Среди пациентов детского возраста наблюдаются: туберкулёз внутригрудных лимфатический узлов, туберкулёзная интоксикация, первичный туберкулезный комплекс.

По данным анамнеза выявлены следующие формы туберкулёза у детей:

- инфильтративный туберкулёз;
- очаговый туберкулёз;
- диссеминированный туберкулёз.

Наиболее часто у пациентов возникал инфильтративный туберкулёз, что составило 47%.

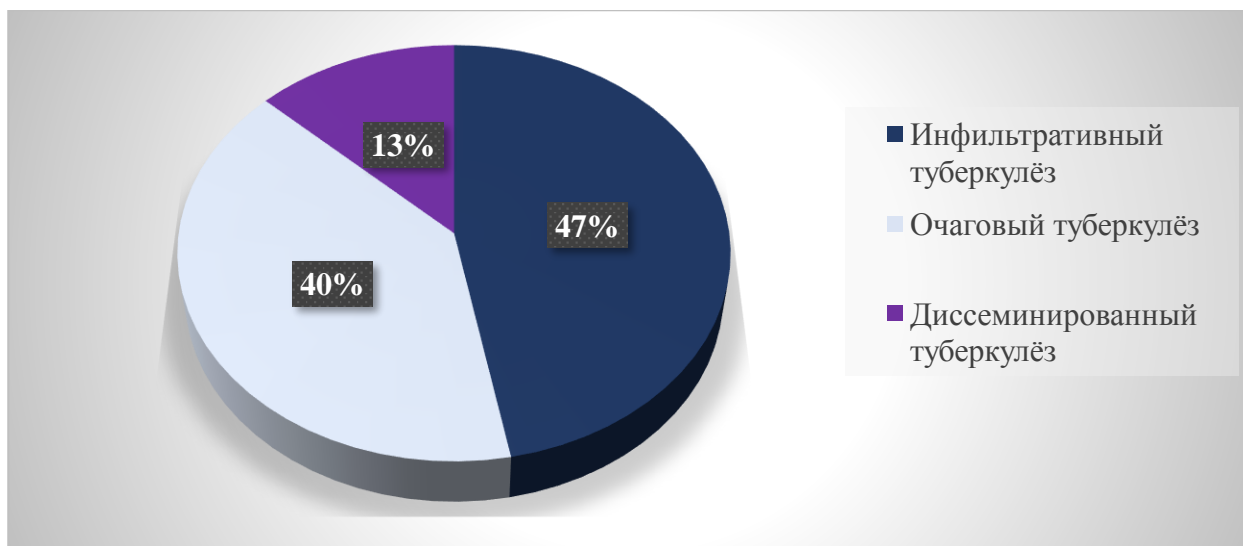


Рис.6. Основные формы туберкулёза у подростков на 2023 год

2.Определение осведомленности пациентов об эпидемиологических аспектах, мерах профилактики, улучшении качества жизни при туберкулёзе

Проанализировав данные анамнеза пациентов на базе ГБУЗ Клинический противотуберкулёзный диспансер, детское отделение № 4, были выявлены следующие факторы риска развитие туберкулеза у детей:

- не вакцинированные дети (БЦЖ, БЦЖ-М);
- дети со сниженным иммунитетом (часто болеющие);
- социально неблагополучные дети;
- хронические заболевание (диабет, анемия).

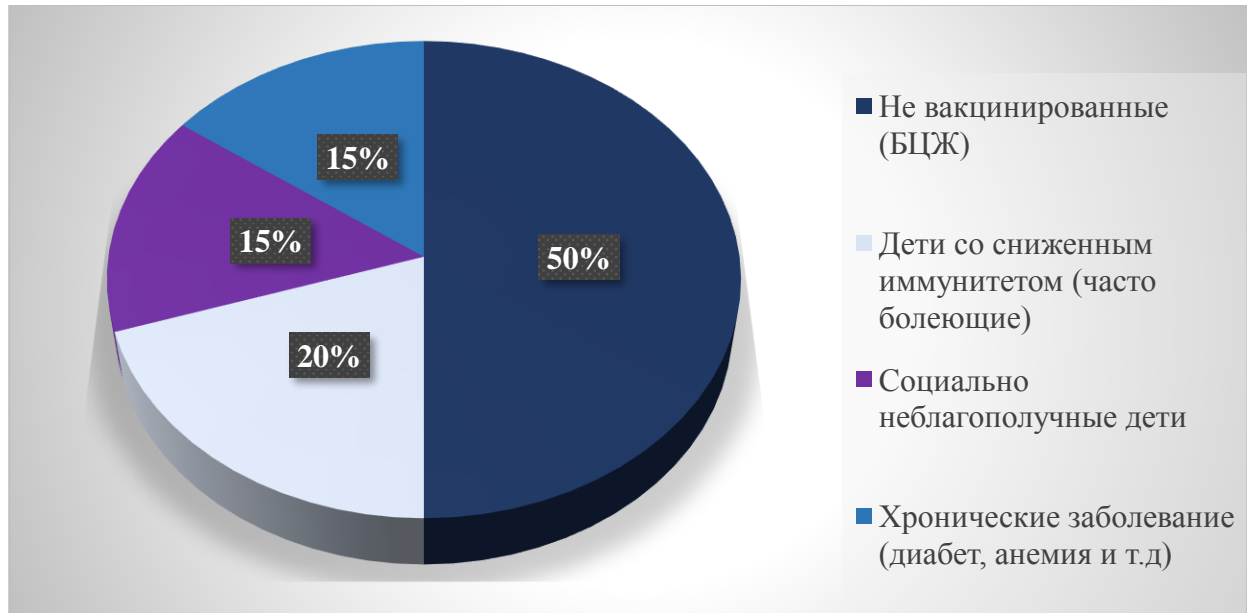


Рис.7. Ранжирование факторов риска развития туберкулёза по данным анамнеза пациентов

2.1. Разработка анкеты и анкетирование пациентов.

Важной ролью медицинской сестры является проведение санитарно-просветительной работы.

Для определения осведомленности о данном заболевании был проведён опрос в форме анкетирования среди 10 родителей детей, болеющих туберкулёзом.

Респондентам была предоставлена анонимная анкета, при проведении опроса все участники активно принимали участие в опросе.

Анкета включала в себя следующие вопросы:

1. Укажите пол Вашего ребёнка?
2. Укажите возраст Вашего ребёнка?
3. Вакцинирован ли Ваш ребёнок БЦЖ?
4. Каким путём произошло заражение туберкулёзом?
5. Какая форма туберкулёза у Вашего ребёнка?
6. Знаете ли вы как передаётся туберкулёз?
7. В каком возрасте был установлен диагноз?
8. Знаете ли вы об особенностях питания при туберкулёзе?
9. Какие диагностические тесты делали Вашему ребёнку?
10. Удовлетворены ли Вы сестринским уходом?

Проанализировав данные, были определены основные направления профилактической работы с целью просвещения населения о социально значимом заболевании и снижения его распространения. Главная роль в проведении данных мероприятий принадлежит среднему медицинскому персоналу, а именно медицинским сёстрам.

Анкетирование позволило выявить дефицит знаний со стороны особенностей питания, а также мерах профилактики, в том числе, отказ от вакцинации, что требует дополнительной деятельности медицинского персонала с целью ускорения выздоровления пациентов и повышения качества жизни. Ведь профилактические мероприятия являются основой поддержания здоровья населения детского возраста.

Интерпретация показателей анкетирования представлена ниже в виде диаграмм.

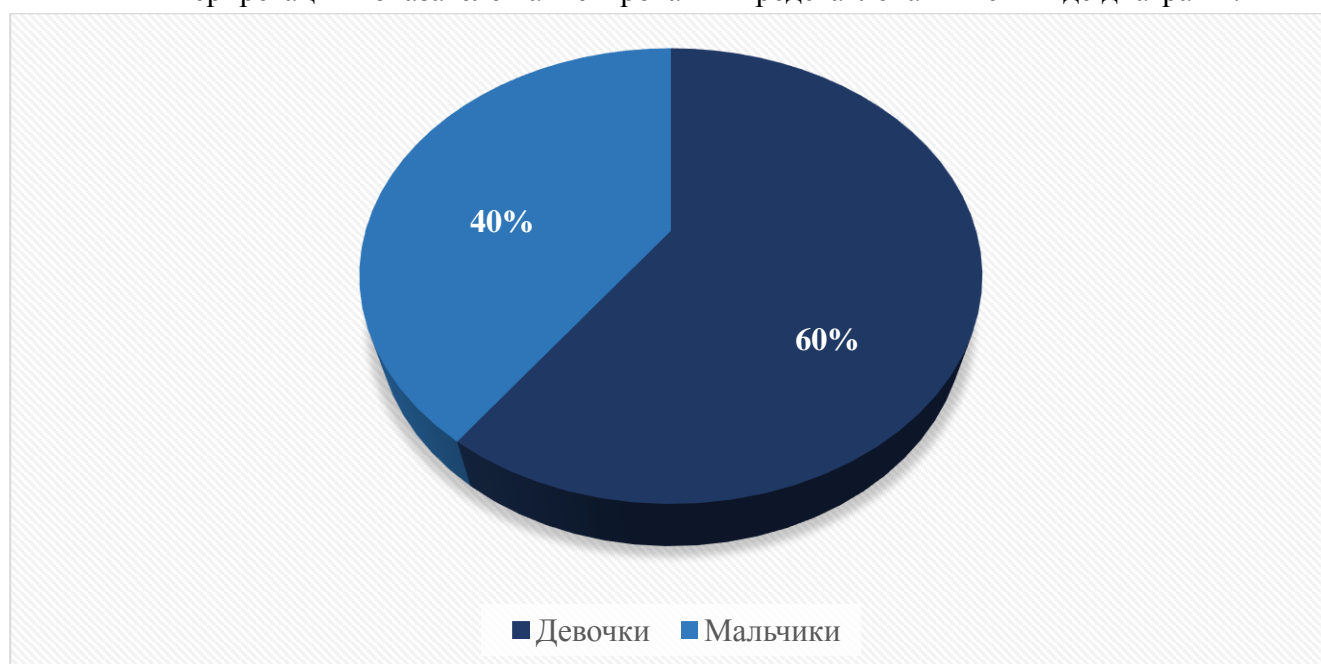


Рис.8. Ответы на вопросы: «Укажите пол вашего ребенка»

На основании опроса по гендерной принадлежности выявлено, что большинство заболевших имеют мужской пол (60%) (Рис.8).

Чаще туберкулёз возникает у мальчиков, что подтверждают данные исследования. Как правило, дети были из социально неблагополучных семей, что способствовало снижению иммунной реактивности и возникновению инфекционного заболевания.

Особенность микобактерия заключается в том, что они поражают организм, у которого ослабленный иммунный ответ.

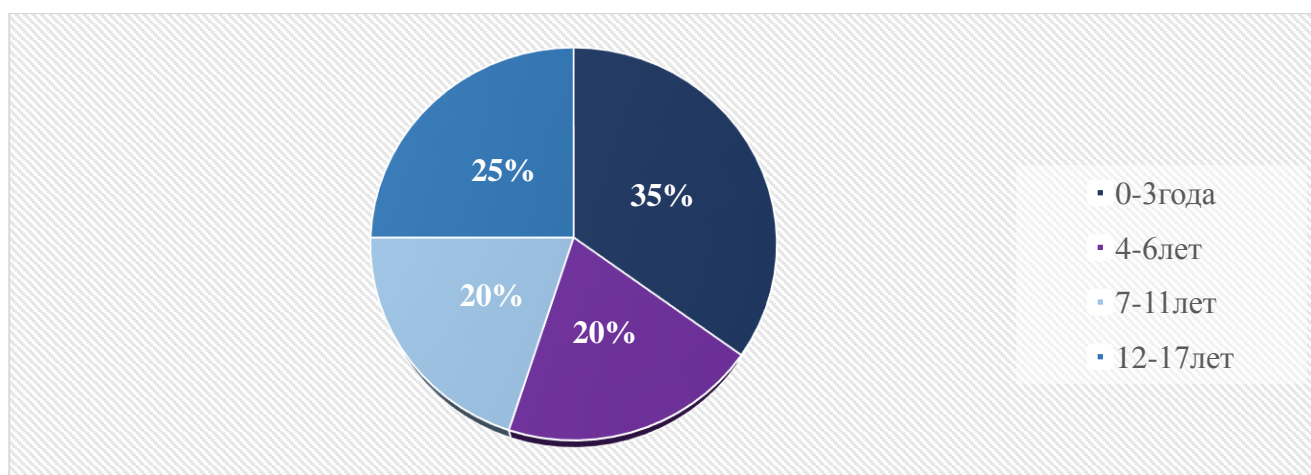


Рис.9. Ответы на вопросы: «Возраст вашего ребенка»

На основании опроса выявлено, что большинство заболевших в возрасте 0-3 года (35%) (Рис.9). Что может быть связано с отказом от вакцинопрофилактики и проведением диагностических тестов.

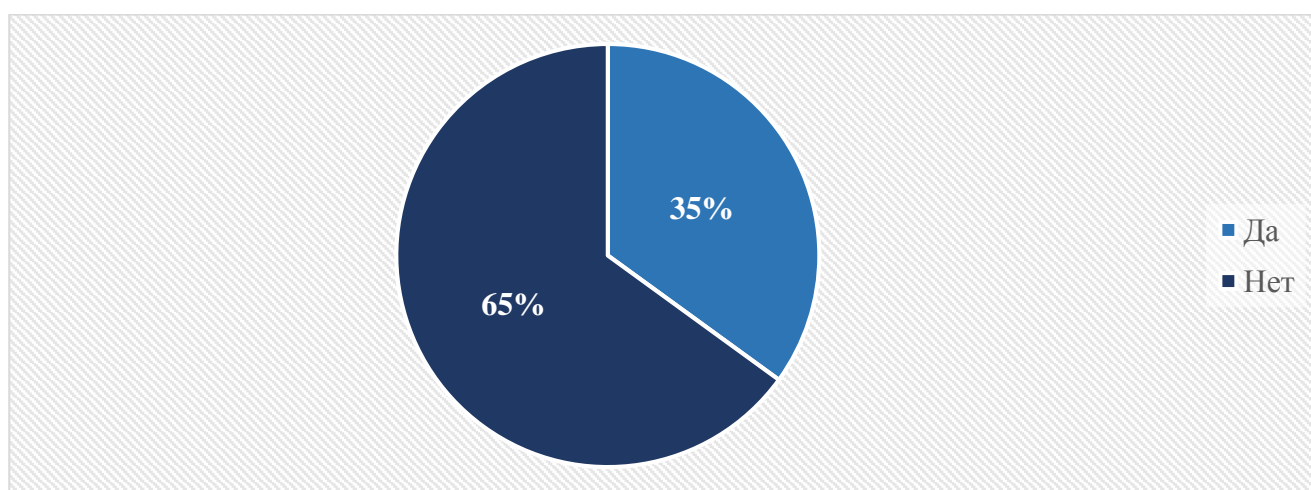


Рис.10. Ответы на вопросы «Вакцинирован ли ваш ребенок БЦЖ?»

На основании опросы выявлено, что большинство заболевших не вакцинированы, что составляет 65% всех опрошенных (Рис.10).

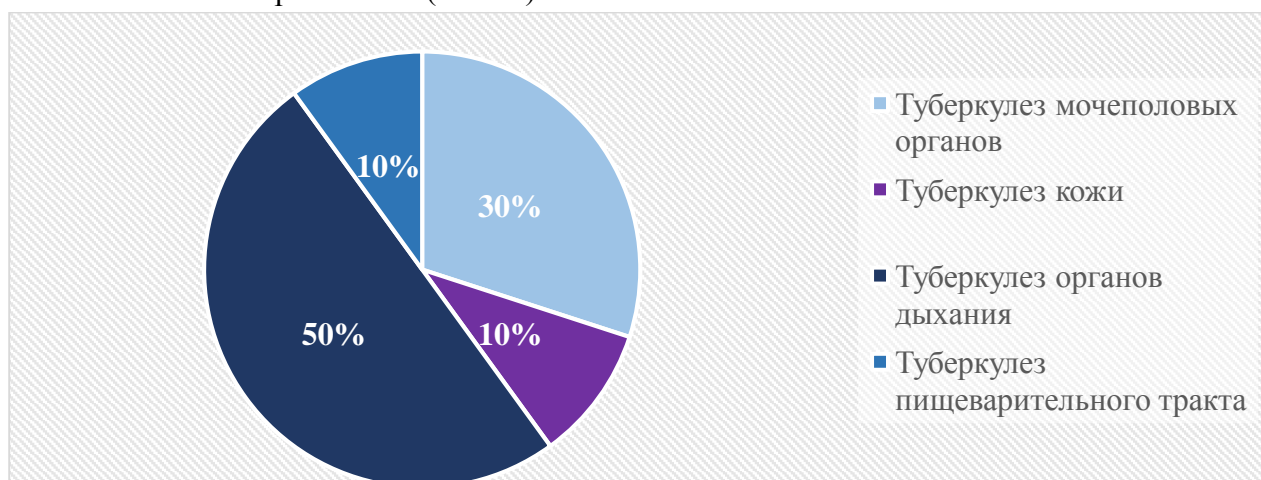


Рис.11. Ответы на вопросы «Какая форма туберкулеза у вашего ребенка?»

На основании опросы выявлено, что большинство болеют туберкулезом органов дыхания (Рис.11).

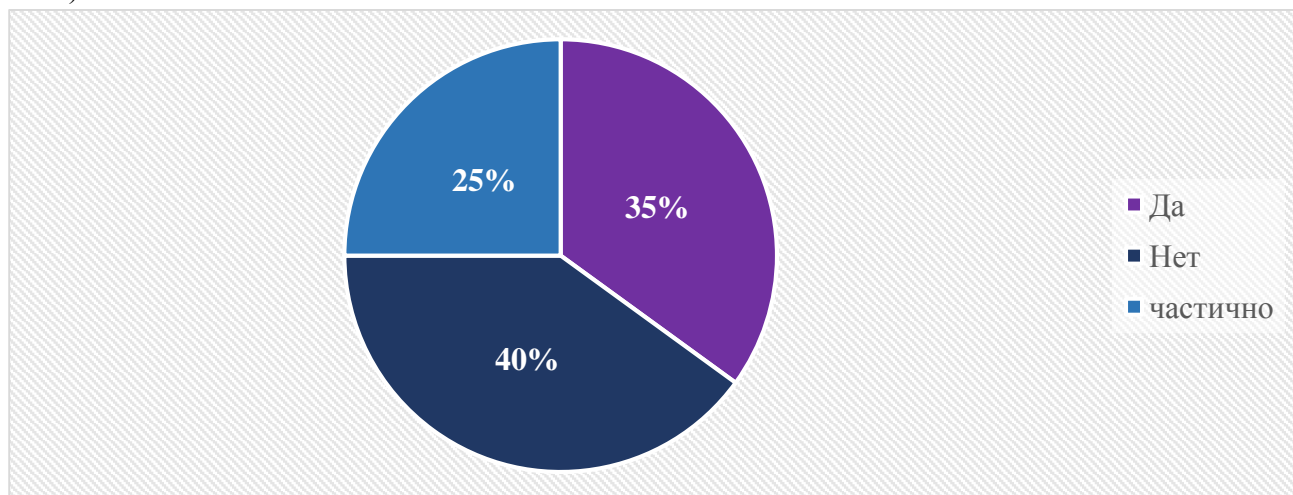


Рис. 12. Ответы на вопросы «Знаете ли вы как передается туберкулез?»

На основании опросы было выявлено, что большинство родители не имеют информацию как передаются туберкулез (Рис.12).

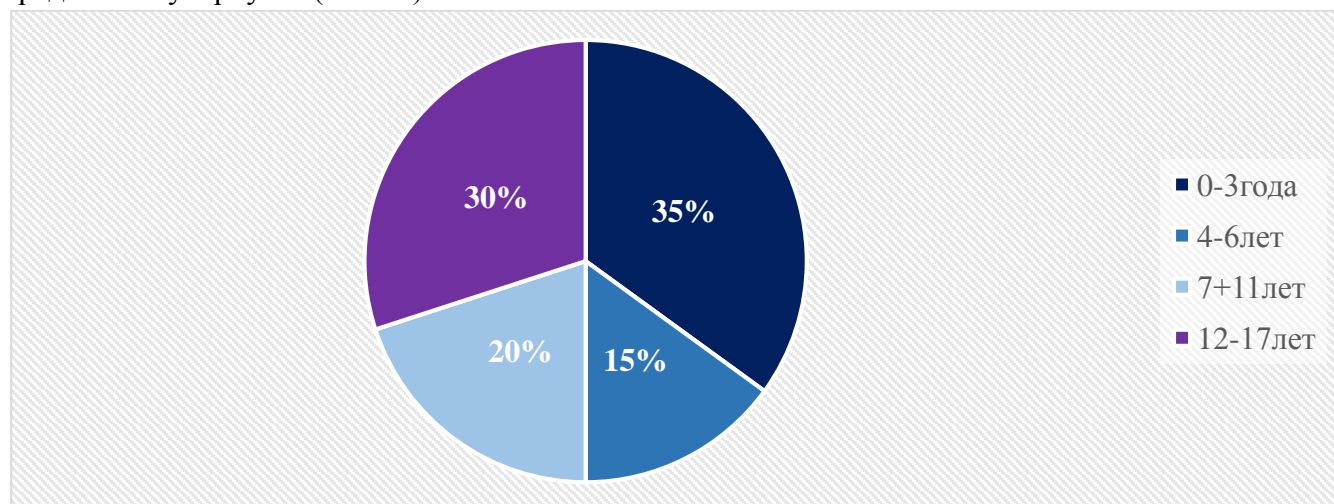


Рис. 13. Ответы на вопросы «В каком возрасте был установлен диагноз?»

На основании опросы выявлено, что большинство заболевших детей в возрасте 0-3 года, что составляет 35 %, а также в возрасте 4-6 лет – 30% (Рис.13).

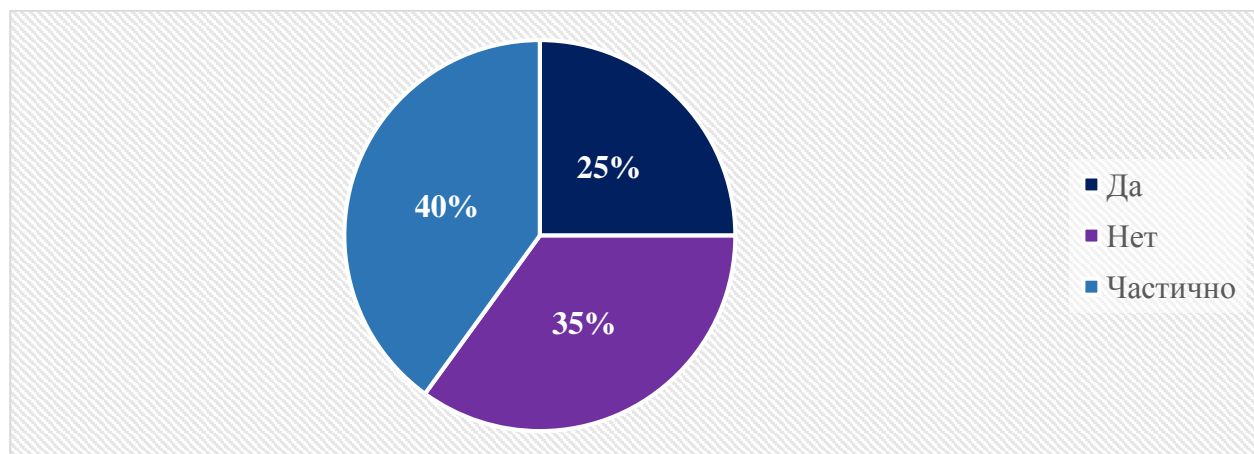


Рис.14. Ответы на вопросы «Знаете ли вы особенности питания больных туберкулезом?»

На основании опроса выявлено, что большинство родителей частично знают про питание больных туберкулезом (Рис.14).

Что обуславливает необходимость в дополнительной информации в виде памяток. Ведь питание является важным фактором в процессе выздоровления и профилактики возникновения туберкулёза.

Ослабление иммунитета, снижение калорийности рациона может осложнять течение заболевания, приводя к осложненным формам.

Большинство родителей не осведомлены (35 %) в важности именно высокобелкового и жирового компонента в питании, которое способствует повышению реактивности организма, а также улучшает регенераторные процессы в тканях, способствуя скорейшему выздоровлению.

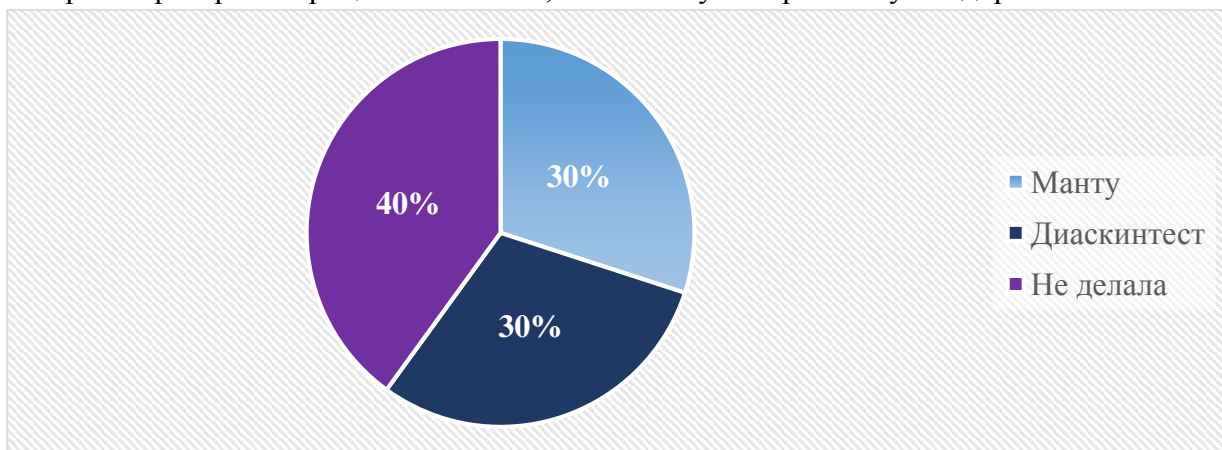


Рис.15 Ответы на вопросы «Какие диагностические тесты делали вашему ребенку?»

При проведении опроса выявлено, что большинство родители отказались от диагностических тестов (Рис.15).

При опросе было выявлено, что информация предоставлялась в понятной для пациента форме, доступно, в полном объеме, поэтому большинство были удовлетворены сестринским уходом, однако требует большего внимания меры профилактики развития туберкулёза.

Так как около 40 % опрошенных не независимо от проведенных бесед отказываются от проведения диагностических проб, постановка которых позволяет своевременно диагностировать туберкулёз среди детского населения, препятствует развитию осложнений со стороны органов и систем.

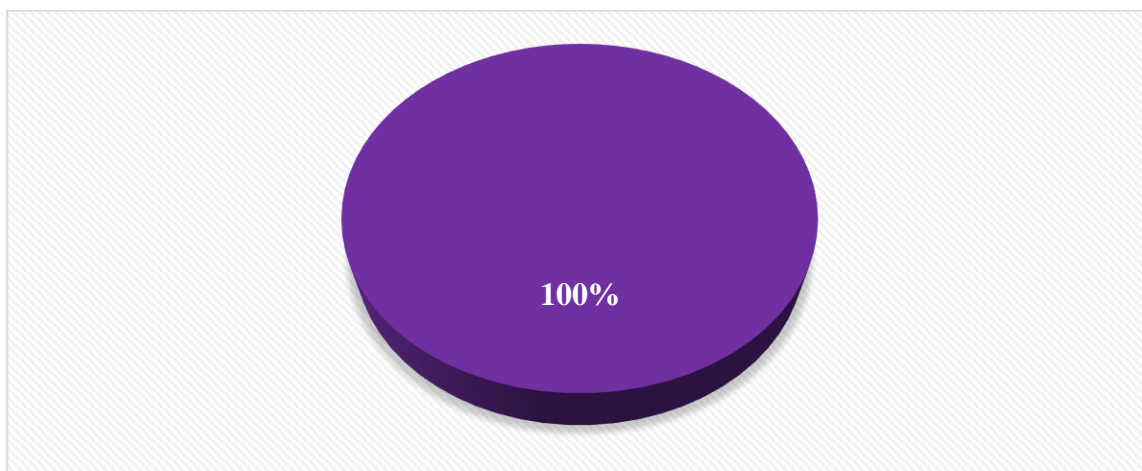


Рис.16. Ответы на вопрос: «Удовлетворены ли Вы сестринским уходом?»

Все опрошенные родители удовлетворены деятельностью медицинских сестер при проведении ухода в период активного течения заболевания.

2.2. Анализ результатов анкетирования.

В результате проведенного анкетирования можно сделать вывод, что большинство заболевших мальчики.

Среди основных факторов риска были выделены: не вакцинированные дети (БЦЖ, БЦЖ-М), дети со сниженным иммунитетом (часто болеющие), социально неблагополучные дети, хронические заболевания (диабет, анемия). 50 % детей не были привиты от туберкулёза.

Большинство заболевших в возрасте 0-3 года. Что может быть связано с отказом от вакцинопрофилактики и проведением диагностических тестов, из которых не вакцинированы 65%.

Около 50 % заболевших установлен диагноз туберкулёз органов дыхания.

Выявлено, что только 25% опрошенных знают особенности питания при туберкулёзе, требуется дополнительное проведение санитарно-просветительной работы.

40 % опрошенных отказались от проведения диагностических тестов, что привело к несвоевременной диагностике заболевания.

Большинство удовлетворены проведенным сестринским уходом.

3. Анализ эффективности деятельности медицинской сестры при осуществлении ухода за пациентом детского возраста с туберкулёзом.

Пациент 17 лет. Жалобы на снижение аппетита, отставание в физическом развитии, усталость, раздражительность, кашель, потливость, повышение температуры тела до 37,5° С.

Данные анамнеза. Родилась в срок, не привита вакциной БЦЖ в родильном доме, не ревакцинирована. Родители здоровы. 6 месяцев тому назад проведена проба Манту с 2 ТЕ — папула 17 мм, в 2 года — папула 9 мм.

Обследована в туберкулёзном диспансере, где был установлен диагноз туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов.

Данные объективного обследования: пониженного питания, кожные покровы бледные, пальпируются шейные, надключичные, подмышечные и паховые лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, мягкие, эластичные, безболезненные.

Тоны сердца чистые, ритм правильный. При перкуссии отмечается укорочение легочного звука, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Субъективно: снижение аппетита, раздражительность, повышенная утомляемость, плаксивость.

Объективно: отставание в физическом развитии, повышенная потливость, повышение температуры тела 37,5° С. Кожные покровы бледные, дыхание жесткое.

Настоящие проблемы: снижение аппетита, плаксивость, раздражительность, повышенная утомляемость.

Приоритетная проблема: снижение аппетита.

Потенциальные проблемы: риск развития кахексии, плеврита, ателектаза.

Краткосрочная цель: в течение недели пациент отметит улучшение аппетита.

Долгосрочная цель: к моменту выписки аппетит у пациента будет нормализован, общее состояние улучшится.

На основании данной клинической был разработан план сестринского ухода и наблюдения за пациентами детского возраста, который представлен в таблице 1.

План сестринского ухода при туберкулезе

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим	Для улучшения психоэмоционального состояния пациента
2. Разнообразить меню, учитывая вкусы пациента и назначенную врачом диету № 11	Для стимуляции аппетита.
3. Эстетически оформлять приём пищи.	Для стимуляции аппетита.
4. Включить в рацион мясные и рыбные бульоны (с разрешения врача).	Для стимуляции аппетита.
5. Провести беседу с пациентом о необходимости полноценного питания	Для предупреждения потери массы тела.
6. Регулярно проветривать палату перед приёмом пищи.	Для исключения неприятных запахов, снижающих аппетит.
7. Взвешивать пациента 1 раз в 3 дня	Для наблюдения за массой тела как критерием эффективности проводимых мероприятий.

Оценка эффективности: в течение недели пациент отметил улучшение общего состояния, повышение аппетита. Цель достигнута.

Комплекс реабилитационных мероприятий для данного пациента включал стационарный, санаторно-курортный и поликлинический этапы.

На стационарном этапе активно поддерживался лечебно-охранительный режим, включающий особенности питания. Диета назначалась с учётом возрастных анатомо-физиологических особенностей, являлась высококалорийной.

Основные принципы питания:

1. Калорийность рациона должна быть на 10% выше обычной нормы. Это необходимо для поддержания нормального веса тела и функционирования организма во время болезни.

2. В большинстве случаев больным необходимо употреблять 75-100 грамм белка (1,2-1,5 грамма на один килограмм массы тела).

3. Пациентам рекомендуется принимать мультивитамины, которые содержат 50-150% рекомендуемой суточной нормы различных витаминов и минералов. Они не заменят полноценного питания, но помогут получать достаточное количество полезных веществ на первых этапах лечения.

4. Приём пищи составляет 4-5 раз в день.

Химический состав лечебной диеты при туберкулезе:

100-110 г белков, 60 % из которых животные;

100-110 г жиров, 20-25 % из которых растительные;

400-450 г углеводов;

12-15 г соли;

1,5 л жидкости.

Лечебная диета № 11 имеет энергоценность, равную 2900-3100 калориям.

В настоящее время пациентам детского возраста с туберкулезом назначают вариант высококалорийной диеты.

Таблица 2

Особенности лечебного питания при туберкулёзе

Характеристика	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
Диета с повышенным содержанием белка, жира, физиологическим количеством сложных углеводов, ограничением легкоусвояемых сахаров, поваренной соли (до 6 г/день). Диета с повышенной энергетической ценностью. При назначении диеты больным сахарным диабетом рафинированные углеводы (сахар) исключаются. Блюда готовятся в отварном, тушенном, запеченном виде, с механическим или без механического щажения. Температура пищи – от 15 до 60-65°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л Ритм питания дробный, 4-6 раз в день. При назначении диеты больным сахарным диабетом рафинированные углеводы (сахар) исключаются.	130-140	110-120	400-500	3110-3640

Таблица 3

Перечень продуктов для питания детей с туберкулёзом

Наименование	Количество продуктов, г	
Хлеб пшеничный	110	140
Хлеб ржаной	-	-
Мука пшеничная	20	40
Мука картофельная	1	1
Крупы, бобовые	60	65
гречневая	5	5,4
рисовая	10	11
пшеничная «полтавская»	2,7	2,9
манная	10	10,8
пшенная	1	1,1

овсяная	7	7,6
перловая	4,6	5,0
ячневая	4	4,3
горох	1,7	1,83
макаронные изделия	10	15
Картофель*	190	210
Овощи разные, зелень	200	280
капуста белокочанная	50	74
капуста цветная	30	38
лук репчатый (чеснок с учетом индивидуальной переносимости)	13	18,2
лук зеленый	11,8	16,5
Мясо (субпродукты)	60	100
говядина 1 категории, бескостная	55	95
печень говяжья, сердце	5	5
Куры 1 категории потрошенные	25	30
индейка (филе из грудной части)	5	10
Колбасные изделия	0	10
Рыба (филе)****, морепродукты	30	40
Мясо (субпродукты)	60	100
говядина 1 категории, бескостная	55	95
печень говяжья, сердце	5	5
Куры 1 категории потрошенные	25	30
индейка (филе из грудной части)	5	10
Колбасные изделия	0	10
Рыба (филе)****, морепродукты	30	40
Творог м.д.ж. 5-9%	40	40
Сметана (м.д.ж. 10-15%)	5	10
Сыр голландский, российский	5	10
Яйца, шт.	0,5	1
Масло сливочное несоленое	20	25
Масло растительное	5	10
Сахар	40	45

Санаторно-курортный этап реабилитации включал проведение гелиотерапии, талассотерапии, лечебного питания, физиологических процедур. После стационарного лечения пациентов

направляют в туберкулезные санатории Краснодарского края, расположенные в Сочи, Геленджике, Туапсе.

Цели санаторно-курортного лечения:

- достижение стойкого затихания процесса с последующим клиническим излечением от туберкулёза;
- восстановление функций организма и отдельных его систем, нарушенных в процессе течения туберкулёза;
- дальнейшее проведение психолого-психотерапевтической и социальной реабилитации.

Курортную терапию применяют на заключительных этапах курса химиотерапии, после оперативных вмешательств на лёгких. Продолжительность санаторно-курортного лечения — 2–4 месяца, повторные курсы проводят в течение первых 2 лет после окончания основного курса лечения.

В санаториях используют следующие методы лечения:

- лечебная физкультура и спортивные игры;
- дозированные прогулки;
- максимально длительное пребывание на открытом воздухе (аэротерапия);
- воздушные и солнечные ванны;
- купание в море (талассотерапия);

Амбулаторный этап реабилитации детей с туберкулёзом заключается в дальнейшем наблюдении за ребёнком в поликлинике по месту жительства.

4. Разработка памятки пациентам по профилактике туберкулёза у детей.

Туберкулез является опасным инфекционным заболеванием, которое раньше считалось неизлечимым и ежегодно уносило жизни миллионов людей. В настоящее время в связи с введением обязательной вакцинации против туберкулеза, наличием эффективных противотуберкулезных химиопрепаратов люди способны контролировать это заболевание.

Профилактика туберкулеза у детей направлена на предотвращение инфицирования возбудителем туберкулеза и предупреждение развития заболевания.

В связи с тем, что туберкулез является не только инфекционным, но и социальным заболеванием, его профилактика подразделяется на социальную, санитарную и специфическую.

Социальная профилактика представляет собой организацию и проведение профилактических мероприятий социального характера, направленных на укрепление здоровья детей и осуществляется в масштабе всего государства. Дети, инфицированные возбудителем туберкулеза (тубинфицированные) или относящиеся к группе риска по развитию туберкулеза, могут быть направлены в санаторные детские сады или противотуберкулезные санатории с целью проведения мероприятий для укрепления и повышения уровня иммунной защиты ребенка, а по показаниям и проведения химиопрофилактики.

Санитарная профилактика включает оздоровление очагов туберкулезной инфекции (место проживания больного туберкулезом), обследование и динамическое наблюдение за контактными лицами. Дети и подростки, имевшие тесный контакт с больным туберкулезом, а тем более проживающие с ним на одной жилплощади, в обязательном порядке должны наблюдаться у фтизиатра. Поэтому очень важным является раннее выявление и излечение впервые заболевших активным туберкулезом лиц. В связи с этим существует очень правильный тезис – «Лучшая

профилактика детского туберкулеза – это ранняя диагностика туберкулеза у взрослых». Вот почему очень важно, чтобы каждый взрослый человек своевременно проходил флюорографическое обследование.

Основными методами специфической профилактики заболевания у детей являются вакцинация БЦЖ (БЦЖ-М) и химиопрофилактика. В соответствии с Национальным календарём профилактических прививок вакцинацию проводят в роддоме при отсутствии противопоказаний в первые 3-7 дней жизни ребенка. Если в последующем ребенок не инфицируется микобактерией туберкулеза, то при отрицательном результате пробы Манту ребенку проводят ревакцинацию БЦЖ. В настоящее время ревакцинация БЦЖ проводится в возрасте 7 лет.

Химиопрофилактика или превентивное лечение – это назначение противотуберкулезных препаратов с профилактической целью, проводится строго по показаниям и только по назначению врача-фтизиатра.

В очаге туберкулезной инфекции необходимо проводить следующие мероприятия: постоянная влажная уборка, изоляция больного, заключительная дезинфекция.

Детям из контакта назначают профилактическое противотуберкулезное лечение на 3-6 месяцев для предупреждения развития заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ научной литературы показал, что вопросам диагностики, реабилитации, профилактики туберкулёза у детей уделяется много внимания.
2. Несмотря на благополучную эпидемиологическую обстановку среди детского населения на данный момент, возможны вспышки заболевания вследствие отказов от вакцинации и диагностических тестов, миграционных процессов, что повышает значимость пропаганды мероприятий по профилактике.
3. Организация деятельности медицинской сестры по проведению санитарно-просветительной работы по предотвращению распространения туберкулёза среди детей и взрослых, повышает уровень осведомленности пациентов, способствует формированию коллективного иммунитета, профилактике осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Туберкулёз является социально-значимым заболеванием, отражающим эпидемиологическое благополучие государства. В Краснодарском крае эпидемиологическая ситуация по туберкулезу стабильная, по некоторым показателям отмечается тенденция к улучшению. Наблюдается планомерное снижение показателя заболеваемости туберкулезом с 2019 по 2023 г. у детей 0-14 лет с 3,7 до 2,8 на 100 000 постоянно проживающего населения.

Анализ анкетирования показал недостаточную осведомленность о мерах профилактики, особенностях питания пациентов детского возраста с туберкулёзом.

С целью реализации санитарно-просветительной работы разработана памятка о мерах профилактики туберкулёза, которая может быть использована в качестве раздаточного материала в амбулаторно-поликлиническом звене.

Таким образом, цель, исследование роли медицинской сестры по уходу за пациентом детского возраста с туберкулёзом подтверждена, и задачи исследования выполнены.

Результаты исследования подтвердили гипотезу о том, что сестринская деятельность в проведении профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий при туберкулёзе у детей обеспечит помощь родителям по уходу, будет способствовать улучшению самочувствия ребёнка, повышению иммунитета, профилактике осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Федеральный закон Российской Федерации от 18.06.01 № 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации".
3. Постановление от 28 января 2021 года № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм» СанПин 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней".
4. Приказ Минздрава России от 6 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок"
5. Приказ МЗ РФ от 13 марта 2019 г. № 127н «Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2017 г. № 12н "Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза"
7. Приказ Минздрава России от 29.12.2014 № 951 «Методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»
8. Приказ Минздрава России № 932н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»
9. Приказ Минздрава России № 932н от 15.11.2012 «Правила организации деятельности санатория для лечения туберкулеза всех форм»
10. Приказ Минздрава России № 109 от 21 марта 2003 г. «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации»
11. Бородулина Е.А. Лучевая диагностика туберкулеза легких: учебное пособие / Бородулина Е.А., Бородулин Б.Е., Кузнецова А.Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 120 с
12. Браженко, Н. А. Фтизиатрия: учебник для вузов / Н. А. Браженко, О. Н. Браженко. — 3-е изд., Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 736 с
13. Касимова Н.А. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению: учебник / под ред. Н. А. Касимовской. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023 - 304 с.
14. Мишин В.Ю. Фтизиатрия: учебник / В. Ю. Мишин, С. П. Завражнов, А. В. Митронин, А. В. Мишина. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 528 с.
15. Рабинович И. В. Инфекции детского возраста: учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург: Лань, 2021. — 100 с.
16. Соколова Н.Г. Педиатрия с детскими инфекциями учебник Изд. 8-е, стер. —Ростов н /Д: Феникс, 2022 г. — 490 с.
17. Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Инфекционные болезни у детей: учебник - 3-е изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 920 с.

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА - ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ



Для предупреждения заболевания туберкулезом усилия должны быть направлены на повышение защитных сил организма: соблюдение режима труда и отдыха, полноценное питание, регулярные занятия физической культурой и спортом, отказ от курения, употребления алкогольных напитков и наркотических веществ, соблюдение правил гигиены. Необходимо больше бывать на свежем воздухе, а при нахождении в помещении как можно чаще делать там влажную уборку и проветривать.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА. НЕ ОТКЛАДЫВАЙТЕ НА ЗАВТРА.

Правда, есть одно «но». Даже в том случае, если Вы придерживаетесь здорового образа жизни, близкого к идеальному, это не может стать абсолютной гарантией Вашей защиты от туберкулеза. Рекомендованные меры профилактики не освобождают Вас от регулярной диагностики инфицирования - флюорографии.

Флюорография - метод обследования, который позволяет выявить начальные признаки туберкулеза легких у взрослых людей, проводится раз в год и совершенно безвреден (доза рентгеновского облучения очень мала).

ФЛЮОРОГРАФИЮ МОЖНО СДЕЛАТЬ В ВАШЕЙ
ПОЛИКЛИНИКЕ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ТЕРАПЕВТА

ЗАЩИТА С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ

На сегодняшний день самой надежной защитой от туберкулеза является **прививка БЦЖ**.

БЦЖ - это вакцина, содержащая **ослабленные микобактерии туберкулеза**.

Вакцинация БЦЖ проводится в родильном доме здоровым новорожденным на 3-7 сутки жизни.

Противотуберкулезный иммунитет после вакцинации БЦЖ будет защищать ребенка на протяжении 4-6 лет. В дальнейшем вакцинацию БЦЖ повторяют ребенку в возрасте 7 лет. Раз в год детям до 7 лет необходимо делать пробу Манту или Диаскинтест, детям 8-15 лет - Диаскинтест, подросткам - ФЛЮ и Диаскинтест (чередовать).



ПРОБА МАНТУ - это не прививка, а диагностический тест для выявления инфицирования туберкулезом; ребенку внутрикожно вводится туберкулин (частицы оболочек возбудителя болезни).

ЗАПОМНИТЕ:

туберкулин не содержит живых микобактерий, а потому спровоцировать заболевание он не может!

Туберкулинодиагностика - общепризнанный, доступный и безопасный метод распознавания туберкулеза на ранних стадиях у детей. Ее нужно делать ежегодно, независимо от предыдущего результата, или дважды в год, если ребенку не сделана прививка БЦЖ и его организм пока не защищен вакциной.

**ЗАЩИТИ СЕБЯ
ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА!**

ТУБЕРКУЛЕЗ

