Санкт-Петербургское государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Фельдшерский колледж»

Защищена с оценкой _____
Протокол № ____ от _____

Выпускная Квалификационная работа
допущена к защите
Зам. директора поУР
_____ Мокроусова О.Н.
«_____»_____201__ г

«Роль медицинской сестры в уходе за пациентами во фтизио-пульмонологии»

Выпускная квалификационная работа

Исполнитель:
ФИО Немцева Евгения Олеговна_____
Студент 341 группы
Специальность 34.02.01. Сестринское дело
Форма обучения: очно-заочная

_____
Подпись

Руководитель:
ФИО, Романенко Николай Александрович_____
должность

_____
подпись

Рецензент:
ФИО,_____
должность

_____
подпись

Санкт-Петербург
2019г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ....1

ВВЕДЕНИЕ....3

1.ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ВО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ....6

1.1. Общая характеристика ТВС как заболевания: этиология, классификация, лечение, факторы риска;....6

1.2 Роль медицинской сестры в осуществлении ухода за пациентами с заболеванием ТВС;....13

1.3. Проблемы пациентов ТВС....18

ВЫВОДЫ ПО 1ГЛАВЕ....23

ЗАКЛЮЧЕНИЕ....24

ВЫВОДЫ ПО ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ....25

2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ФТИЗИОПУЛЬМУНОЛОГИИ....26

2.1.Описание методов исследования больных ТВС....26

ЗАКЛЮЧЕНИЕ....32

ВЫВОД ПО ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ....33

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ....34

ПРИЛОЖЕНИЕ 1....37

ПРИЛОЖЕНИЕ 2....38

ПРИЛОЖЕНИЕ 3....39

БУКЛЕТ-ПАМЯТКА (ПРИЛОЖЕНИЕ 4)....40

СОКРАЩЕНИЯ

СД сахарный диабет

ТВС туберкулез

ЯЖБ язвенная болезнь желудка

ХР. ЗАБ хронические заболевания

ОД органы дыхания

МБТ микобактерия туберкулеза

ХВЗ хронические воспалительные заболевания

ПЦР полимеразная цепная реакция

ВОЗ всемирная организация здравоохранения

М/С медицинская сестра

ВВЕДЕНИЕ

Туберкулез – инфекционное заболевание бактериальной этиологии. Болезнь имеет не только медицинский, но и социальный аспект: наиболее чувствительны к возбудителю туберкулеза люди с низким уровнем иммунитета, несбалансированным рационом питания, проживающие в условиях несоблюдения санитарно-гигиенических норм, плохих социально-бытовых условий. На развитие болезни влияет уровень качества жизни человека. Однако группу риска при туберкулезе составляют все слои населения, вне зависимости от возрастной и половой принадлежности.

До начала прошлого столетия большинство людей, заразившихся туберкулезом, были обречены на смерть. Это тяжелейшее инфекционное заболевание легких раньше вылечить было невозможно. Причем туберкулез, возбудителем которого является микобактерия палочка Коха, может поражать и другие органы. Коварство заболевания заключается в том, что туберкулезная палочка – очень устойчивый микроорганизм, который способен длительный период оставаться в скрытом (латентном) состоянии, а затем резко активизироваться и образовать в легких очаги (иногда множественные) поражения. Лабораторные исследования показали, что поражающий компонент сохраняется даже в высушенной мокроте.

Высокая частота летальных исходов (до 3 миллионов человек в год) и распространенность заболевания обусловлены не только социальными причинами, но и длительным периодом скрытого течения болезни, когда симптомы туберкулеза не проявляются. Данное время является наиболее благоприятным для терапии, и для определения вероятности инфицирования используют оценку реакции организма на пробу Манту.

Характерные симптомы туберкулеза во время рецидива болезни: слабость, потливость, лихорадка, кашель с отхождением мокроты, снижение

массы тела. При запущенных стадиях заболевания добавляется кровохарканье. Сегодня туберкулез поддается лечению. Это очень длительный процесс

Эффективность лечебной и профилактической работы диспансера может быть полностью обеспечена лишь в том случае, если оздоровительные и гигиенические мероприятия охватывают не только бытовую обстановку больного, но и его производственную деятельность. В этом вопросе основной задачей является восстановление, сохранение и укрепление трудоспособности больного туберкулезом путем правильной организации его труда.

Медицинской сестре, которая ухаживает за пациентами с заболеваниями легких, необходимы знания этики, деонтологии, эпидемиологии, клиники и диагностики этих заболеваний. Также она должна знать и применять на практики этапы сестринского процесса при заболеваниях легких, так как это позволяет повысить качество сестринской помощи.

Цель исследования: проанализировать сестринскую роль в уходе за пациентами во фтизиопульмонологии с внешними социально значимыми аспектами.

Задачи:

1.1. Рассмотреть общую характеристику ТВС как заболевания: этиология, классификация, лечение, факторы риска;

1.2. Раскрыть роли медицинской сестры в осуществлении ухода за пациентами с заболеванием ТВС;

1.3. Провести анализ проблем пациентов с ТВС;

1.4. Провести практическое исследование роли медицинской сестры в уходе за пациентами во фтизиопульмонологии.

Объект исследования: больные пациенты ТВС.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в уходе за пациентами во фтизиопульмунологии.

Гипотеза: роль медицинской сестры при организации специализированного ухода за пациентами с заболеванием ТВС легких, играет важную роль, которая будет способствовать скорейшему выздоровлению и восстановлению функции органов дыханий.

Методы исследования:

– теоретические (анализ научно—методической литературы, системный анализ);

– практические (наблюдение, анализ отчетной документации, анкетирование);

Практическая значимость заключается в возможностях использования разработанных памяток для проведения санитарно — просветительной работы, и подготовки специалистов.

1.ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ВО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

1.1. Общая характеристика ТВС как заболевания: этиология, классификация, лечение, факторы риска;

Туберкулёз — широко распространённое в мире хроническое инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий, и которое может поражать любые органы. Чаще встречается ТВС лёгких. При этом заболевании могут развиваться тяжелая ТВС пневмония, плеврит, разрушение ткани лёгкого с формированием округлой полости (каверны). Пациент может умереть от лёгочного кровотечения, выраженной дыхательной недостаточности, пневмонии.

Туберкулёз (от лат. tuberculum— бугорок)— широко распространённое в мире инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий. Обычно поражает легкие, реже — другие органы и системы.

Различают несколько типов возбудителей ТВС — микобактерий ТВС (МБТ). Для человека патогенны человечий и бычий типы.

Источник ТВС инфекции — человек, выделяющий микобактерии ТВС, или животное, больное ТВС.

Пути заражения:

- аэрогенный (90%): воздушно—капельный и пылевой. Воздушно—капельный путь реализуется при чихании, пылевой — при несоблюдении гигиены. Входными воротами являются слизистые оболочки полости рта, миндалины, бронхи, легкие;
- алиментарный (5—8%);
- контактный;
- трансплацентарный.

Ворота инфекции:

- носоглотка;
- миндалины;
- слизистая бронхов;

Возбудитель ТВС выживает в жидкой среде до нескольких месяцев, а в растворе дезинфектанта погибает только через 10—15 минут. На предметах одежды, мебели, книгах в высушенном состоянии микобактерия ТВС выживает до нескольких лет, и становится особо опасной при возникновении благополучных условий. При формировании заболевания ТВС микобактерии ТВС активно размножаются вегетативным путем.

В настоящее время известно, что ТВС – многофакторное заболевание (приложение 1).

ТВС легких может длительное время протекать бессимптомно или с симптомами интоксикации.

В случаях, когда туберкулёз проявляется клинически, обычно симптомами заболевания являются повышенная утомляемость, слабость, апатия, субфебрильная температура, потливость, похудание. Часто выявляется генерализованная или ограниченная лимфаденопатия.

Далее по ходу развития заболевания в клинической картине появляются симптомы со стороны пораженного органа. Туберкулёз лёгких проявляется кашлем, отхождением мокроты, хрипами в лёгких, иногда затруднением дыхания или болями в грудной клетке (указывающими обычно на присоединение туберкулёзного плеврита), кровохарканьем.

К основным методам выявления ТВС относятся:

- клинический (анамнез, жалобы, объективный осмотр);
- индивидуальная туберкулинодиагностика (проба Манту).
- проведение лучевой диагностики:
- флюорографического обследования;
- рентгенографического обследования;

- лабораторная диагностика;
- микробиологическая диагностика.

Материалом для микроскопических исследований, в зависимости от локализации процесса, служат, гной, спинномозговая жидкость, моча, испражнения.

Чаще всего ТВС обнаруживается при флюорографии или на рентгенографии грудной клетки (приложение 2).

Самый достоверный метод – ПЦР.

При взятии общего анализа крови у больных туберкулёзом или обсеменённых у туберкулёзной микобактерией часто обнаруживается анемия, умеренная лейкопения.

Лечение ТВС сложное и длительное. В комплексе лечебных методов на первом месте стоит химиотерапия, которая является основным методом лечения больных ТВС.

Лечение ТВС занимает не менее 6 месяцев.

Когда ТВС выявляется, больной помещается в стационар примерно на два месяца — за это время прекращается активное выделение бактерий ТВС. Далее лечение продолжается амбулаторно.

Для лечения ТВС используются стратегия DOTS – изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептамицин, этам—бутол. Врач подбирает индивидуальную комбинацию препаратов.

По окончании курса лечения больной снова сдает анализы и, если МБТ будет выявлена, значит, ТВС перешел в лекарственно—устойчивую форму. В таких случаях к лечению добавляются так называемые препараты второго ряда: офлоксацин; этионамид и др.

Большое значение в лечении болезни имеет хорошее питание. Назначается стол №11,который обогащен белками.

Борьба с ТВС является государственным приоритетом для России, что нашло свое выражение в законодательных актах (приложение 3).

Профилактика ТВС – совокупность мероприятий, направленных на раннее выявление ТВС в целях предупреждения его распространения.

Мероприятия по профилактике ТВС имеют социальную направленность и связаны с:

- улучшением жилищно—бытовых условий жизни населения;
- оптимизацией условий труда, предупреждение профессиональных заболеваний легких;
- оздоровлением окружающей среды, включая борьбу с загрязнением атмосферного воздуха, водоемов, почвы, озеленение, соблюдение санитарных требований промышленной гигиены;
- улучшением качества питания;
- развитием физической культуры, культивированием здорового образа жизни;
- борьбой с вредными привычками;
- расширением сети оздоровительных учреждений;
- проведением социальных и санитарно—ветеринарных мероприятий в местах промышленного производства животных и птиц.
- Профилактика ТВС путем химиопрофилактики может быть первичной, когда проводится у здоровых лиц, не инфицированных МБТ, но находящихся в контакте с больными ТВС, и вторичной — у людей, инфицированных МБТ или переболевших в прошлом.

Химиопрофилактика проводится для:

- всех здоровых лиц, находящихся в семейном, бытовом и профессиональном контакте с бактериовыделителями;
- лиц с посттуберкулезными изменениями в легких, получающими стероидные гормоны по поводу другого заболевания;

- детям и подросткам с виражом туберкулиновой пробы;
- детям и подросткам, инфицированным;
- больным силикозом, СД, психическими заболеваниями, наркоманиями, алкоголизмом, ЯЖБ, ХР. ЗАБ. ОД при наличии постту-беркулезным изменений в легких, ВИЧ—инфицированным;
- взрослым лицам с постными изменениями в легких и при наличии гиперергических реакций.

Большую эффективность для профилактики ТВС имеют массовые флюорографические обследования взрослого населения.

Профилактика ТВС в очагах включает, связана с:

- госпитализацией больных ТВС и особенно явных выделителей МБТ сразу после установления—диагноза;
- химиопрофилактикой в отношении контактных лиц;
- проведением заключительной, а впоследствии — текущей дезинфекции;
- вакцинацией, ревакцинацией и изоляцией контактных лиц на период выработки иммунитета;
- длительное обследование лиц, находящихся в контакте с больными;
- обучением санитарно—гигиеническим навыкам больного и окружающих лиц;
- улучшением жилищно—бытовых условий семьи больного.

Так называемые группы риска — это контингенты людей, у которых риск заболевания ТВС выше, чем у остального населения.

Больные ТВС — часто бомжи, отбывшие заключение или заключенные, хронические алкоголики, ВИЧ—инфицированные, безработные, мигранты из регионов с повышенной заболеваемостью ТВС — это так называемые социальные группы риска по ТВС.

Но существует среди населения группы людей с повышенным риском развития ТВС по состоянию здоровья. Это так называемые медицинские факторы риска.

К этой группе риска следует отнести, больных, имеющих:

- ХВЗ легких;
- повторные атипичные пневмонии;
- многократно повторяющимися заболевания верхних дыхательных путей;
- экссудативный плеврит;
- профессиональные заболевания легких;
- язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- оперированный желудок;
- сахарный диабет или хроническую недостаточность надпочечников;
- длительно лечение гормональными препаратами.

Сюда также относятся рентген положительные лица, излеченные и снятые с учета после перенесенного ТВС.

Выделение указанных групп и систематическое обследование их — одно из непременных условий своевременного выявления ТВС. Угрожаемым контингентам нужно регулярное ежегодное проведение флюорографического обследования в поликлинике.

Эпидемиологические группы риска — это лица:

проживающие вместе с больными открытой формой ТВС (контакты);

впервые инфицированные микобактерией ТВС дети и подростки (виражные);

вылеченные от ТВС с большими остаточными посттуберкузными изменениями;

с гиперергическими туберкулиновыми пробами.

Таким образом, повышенный риск возникновения ТВС у следующих групп лиц:

- инфицированные ВИЧ;
- курильщики. Курение увеличивает вероятность развития ТВС в 2 — 4 раза;
- больные сахарным диабетом;
- лица в местах лишения свободы;
- больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких;
- лица с повторными пневмониями;
- имеющие пылевые заболевания легких;
- перенесшие тяжелые операции и травмы;
- больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;
- больные алкоголизмом и наркоманией;
- беременные и и родившие женщины;
- страдающие заболеваниями, при которых необходимо длительное применение гормональных или цитостатических препаратов;

больные с врожденными и приобретенными иммунодефицитами.

Среди впервые заболевших ТВС — 90 % приходится на лица из групп риска.

Социальная профилактика охватывает общегосударственные мероприятия, направленные на повышение жизненного уровня населения.

Санитарная профилактика — это оздоровление очагов ТВС инфекции, санитарный и ветеринарный надзор, проведение санитарно—просветительской работы, а также раннее выявление, изоляция, лечение впервые выявленных больных ТВС. Санитарная профилактика направлена на предупреждение инфицирования МБТ здоровых людей, организацию противотуберкулезных мероприятий. Основная задача санитарной профилактики — ограничить и по

возможности сделать безопасным контакт больного ТВС с окружающими его здоровыми людьми в быту, на работе, в общественных местах.

1.2 Роль медицинской сестры в осуществлении ухода за пациентами с заболеванием ТВС;

Сестринский процесс дает возможность медицинской сестре квалифицированно и профессионально решить проблемы пациента, связанные с его выздоровлением.

Сестринский процесс – это комплекс из пяти мероприятий.

I. **Обследование**.

Сестра собирает информацию о пациенте, его состоянии здоровья. Состоит она и из личных восприятий пациента, и из того, что может сказать сама медицинская сестра на основании своих наблюдений.

I. Определение проблем больного и постановка сестринского диагноза.

Проблемами пациента с заболеваниями легких могут быть: кашель, выделение мокроты, одышка, утомляемость, общая слабость, недомогание, повышение температуры и т.д.

II. **Постановка целей сестринского процесса, планирование деятельности сестры.**

План должен включать в себя краткосрочные и долгосрочные цели.

III. **Реализация поставленных целей**.

На этом этапе сестра принимает меры по профилактике заболеваний, а также обследованию, лечению и реабилитации больных.

IV. **Эффективность сестринского ухода.**

Определяется на основе всех полученных данных и наблюдается в динамике совокупности: действие сестры – результат для пациента, страдающего тем или иным заболеванием легких.

Работу сестринского персонала в фтизиопульмонологическом отделении отличает определенная специфика.

Уход за больными с заболеваниями легких обычно включает в себя помимо особых также и ряд общих мероприятий, проводимых при многих заболеваниях других органов и систем организма. К ним относятся следующие основные мероприятия: регулярное измерение температуры тела и ведение температурного листа, наблюдение за состоянием органов и систем, уход за ротовой полостью, подача судна и мочеприемника, своевременная смена нательного и постельного белья и др.

В обязанности медицинской сестры входит строгое выполнение назначений врача. Все лекарства пациент должен принимать в установленные часы (до еды, после еды) и в присутствии медицинской сестры. Нерегулярный прием может приводить к развитию лекарственной устойчивости возбудителей и прогрессированию процесса. При лекарственной терапии могут возникать различные побочные явления. Обязанность медицинской сестры — немедленно сообщить врачу об их появлении. Это может быть сыпь на коже пациента, его жалобы на зуд, тошноту, головокружение и т. д.

Также медицинская сестра должна следить за пульсом, артериальным давлением, дыханием больного и при ухудшении в состоянии пациента срочно вызывать врача.

Вместе с тем существует целый ряд особых мероприятий при заболеваниях легких, связанных с наличием кашля, кровохарканья, одышки и других симптомов.

Заболевания легких часто сопровождают лихорадка и озноб. При этом медсестре нужно согреть больного, обложить грелками, хорошо укутать, напоить теплым питьем. При значительном повышении температуры тела на голову кладут пузырь со льдом. Падение температуры часто сопровождается обильным потоотделением. В таких случаях пациента нужно вытереть сухим полотенцем и сменить мокрое белье.

Основной симптом при заболеваниях легких – кашель, с выделением мокроты.

Утренний кашель появляется у лиц, страдающих хроническим бронхитом, бронхоэктатической болезнью, абсцессом легкого. У таких больных мокрота скапливается за ночь и утром, после подъема с постели и перемены положения тела, перемещаясь и раздражая рефлексогенные зоны, вызывает кашлевой рефлекс.

Если больной жалуется на кашель с мокротой, нужно выяснять количество отделяемой мокроты одномоментно и в течение суток, в каком положении она лучше отходит у больного, характер (по характеру мокрота бывает слизистой, слизисто—гнойной, гнойной), примеси, цвет и запах мокроты. Суточное количество мокроты отмечается в температурном листе.

Нужно объяснять пациенту, что заглатывание мокроты вредно и может привести к инфицированию желудочно—кишечного тракта.

Медсестра должна обращать внимание на мокроту, чтобы при изменениях в ее характере, например, наличие крови, вовремя поставить в известность врача. Нужно, чтобы больной сплевывал мокроту в индивидуальную плевательницу с крышкой, на дно которой предварительно наливают небольшое количество 0,5 % раствора хлорамина.

В дезинфекционных мероприятиях особое внимание уделяется обеззараживанию плевательниц и мокроты. При обеззараживании плевательниц мокрота заливается дезинфицирующим 3% раствором хлорамина, или осветленным раствором хлорной извести, а затем содержимое выливается в канализацию.

Медицинский уход должен способствовать максимальному отхождению мокроты. Медсестра должна помочь пациенту найти положение, при котором мокрота отходит наиболее полно и свободно, то есть осуществляется эффективный дренаж бронхиального дерева. Это называется "дренаж поло-

жением". При одностороннем процессе — это положение пациента на здоровом боку. Дренаж положением должен проводиться 2—3 раза в день по 20—30 минут. Медицинская сестра должна следить за регулярностью проведения этой процедуры самим пациентом и помогать в ее осуществлении.

Наиболее достоверные результаты исследования мокроты получаются в тех случаях, когда мокроту получают при бронхоскопии. При этом в нее не попадает слюна, микроорганизмы полости рта. Но чаще пациент сам сдает мокроту, сплевывая ее в чистую стеклянную баночку. Мокрота для бактериологического посева должна собираться утром натощак (когда она наиболее богата микрофлорой), после чистки зубов и полоскания полости рта, в стерильную посуду, закрытую плотной крышкой.

Поэтому медсестра должна объяснять, что перед сбором мокроты пациент должен обязательно почистить зубы и прополоскать рот.

Кроме общего исследования мокроты, существуют и другие исследования, предусматривающие определенные особенности ее получения и доставки в лабораторию.

Например, для проведения исследования на микробактерии ТВС мокроту накапливают в течение 1—3 суток, сохраняя ее в прохладном месте. При подозрении на ТВС производится микроскопическое изучение мазков мокроты, окрашенных по методу Циля—Нельсона. В ряде случаев при подозрении на ТВС производится посев мокроты на специальные среды.

Для выявления возбудителей воспалительных заболеваний дыхательной системы и их чувствительности к антибиотикам мокрота берется в чашку Петри, заполненную специальной питательной средой (кровянной агар, сахарный бульон).

У фтизиопульмонологических пациентов могут встречаться кровохарканье и легочное кровотечение.

Кровохарканье – это выделение мокроты с примесью крови, примешанной равномерно или расположенной отдельными прожилками. Например,

для крупозной пневмонии характерна «ржавая» мокрота, для рака легкого характерна мокрота в виде «малинового желе».

Легочное кровотечение — это выделение значительного количества крови через дыхательные пути (чаще — с кашлевыми толчками, реже – непрерывной струей).

Как правило, кровохарканье и легочное кровотечение не сопровождаются явлениями шока или коллапса. Угроза для жизни в таких случаях обычно связанна с нарушением вентиляционной функции легких, из—за попадания крови в дыхательные пути. Пациентам назначается полный покой.

Важная особенность ухода за пациентами с заболеваниями легких – это необходимость различения легочного кровотечения от желудочного кровотечения, а также своевременная помощь в случае его возникновения.

Медсестре нужно помнить, что легочное кровотечение характеризуется выделением пенистой, алой крови, имеющей щелочную реакцию. При желудочно—кишечном кровотечении чаще всего выделяются сгустки темной крови, по типу «кофейной гущи» смешанные с кусочками пищи, имеющие кислую реакцию.

При появлении в мокроте прожилок или сгустков крови медсестра должна запретить пациенту вставать с постели, придать ему полусидящее положение и сообщить лечащему врачу.

При кровохарканье медицинская сестра должна обучать пациента сплевывать кровь в лоток, не заглатывать ее. Ухаживая за больным с кровохарканьем, нужно помнить, что пищу больному нужно давать в холодном виде, полужидкую, легкоусвояемую, содержащую витамины.

Интенсивный кашель способствует усилению кровотечения, поэтому назначаются противокашлевые средства. Для остановки кровотечения внутримышечно вводится викасол, внутривенно — хлористый кальций, эпсилон —аминокапроновая кислота. Иногда при срочной бронхоскопии удается там-

понировать кровоточащий сосуд специальной гемостатической гемостатической (кровоостанавливающей) губкой.

Для профилактики вспышек внутрибольничных инфекций, медсестра должна следить за кварцеванием (2 раза в день по 10—15 минут) и проветриванием палат и лечебных кабинетов (не реже 4—6 раз в сутки).

Медсестра должна следить за ежедневной влажной уборкой палат и больничных помещений не реже 2 раз в день с применением дезинфицирующих средств.

1.3. Проблемы пациентов ТВС

Туберкулез требует длительного лечения в условиях стационара. Для успешности терапии больному человеку следует неукоснительно выполнять все назначения врача, строго следовать его рекомендациям. Для прерывания цепочки заражения больному необходимо соблюдать правила личной гигиены. Длительно текущее заболевание меняет жизненные планы, перспективу на будущее, приносит больному человеку определенные сложности и целый ряд эмоций.

У больного туберкулезом появляется субдепрессивное состояние, развиваются нарушения в эмоциональной и волевой сферах. Однако отношение больного человека к своему заболеванию, стремление дисциплинированно следовать врачебным назначениям, удовлетворенность лечением, степень информированности о своем заболевании, изменение условий жизни после заболевания, особенности взаимоотношения с родственниками и окружающими целенаправленно не изучались [14,27].

Психологические проблемы. Среди психологических проблем у больных туберкулёзом на первое место выходят тревога и беспокойство. Статистически достоверно, что у женщин из негативных эмоций преобладает страх и отчаяние, а у мужчин – гнев и раздражение. Тревога, беспокойство, страх,

отчаяние часто мешают человеку адекватно оценить медицинскую ситуацию и становятся серьёзной проблемой при диагностике и лечении туберкулёза.

Беспокойство за здоровье близких, опасение, что больной может их заразить, усиливает чувство вины. Многие больные замыкаются в себе, перестают общаться с родными и близкими. В такие моменты с ними труднее всего установить психологический контакт.

Рано или поздно, человек начинает адекватно относиться к своей болезни. Однако стрессовое состояние, которое пациенты испытывают после получения информации о наличии у них туберкулёза, накладывает отпечаток на качество их жизни. Все это в целом сформировало потребность у больных туберкулёзом в психологической поддержке. Почти половина больных считают, что именно медицинские сёстры в состоянии оказать им требуемую психологическую поддержку, т.к. они находятся в длительном и непосредственном общении с ними.

Необходимо напомнить, что в эффективной и профессиональной поддержке нуждаются не только сами заболевшие люди, но и члены их семей, друзья и близкие, для которых осознание того, что близкий тебе человек болен туберкулёзом, уже само по себе является шоком. Отрицательное мнение родных о медицинском работнике передается и пациенту, вызывает у него негативное отношение и недоверие к персоналу и существенно отражается на его нервно-психическом соматическом состоянии.

Социальные проблемы. Ухудшение отношения окружающих, ограничение круга контактов реально приводят больного туберкулезом человека к положению "социального изгоя", это в большей степени характерно для больных с длительно текущей фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких. Лишь у небольшой части больных с впервые диагностированным процессом заболевание приводит к улучшению отношения со стороны близких, которые стали проявлять к больному человеку заботу и внимание.

Больные с хронической формой туберкулеза отмечают только ухудшение отношения к ним со стороны близких и родственников. Для больного человека ситуация "социального изгоя", отчуждения близкими и окружающими усугубляется страхом заразить близких, т. е. больной сам старается ограничить контакты, оградить близких от заражения, нуждаясь при этом в их эмоциональной поддержке. Помочь преодолеть подобную ситуацию возможно благодаря семейному консультированию. У больного следует выработать рефлексивный подход к выполнению правил личной гигиены, а близким разъяснить эпидемиологические особенности данной инфекции, а также то, что больной человек в условиях длительного лечения комбинацией препаратов нуждается в тактичном внимании и сочувствии [6].

Практически половина больных впервые диагностированным и хроническим туберкулезом считают, что заболевание привело к ухудшению их социального статуса, развивается так называемая социальная фобия у больных туберкулезом. Ее развитие затрудняет адаптацию в болезни, препятствует желанию вернуться к прежней жизни, снижает стремление к выздоровлению, мотивацию к лечению. К тому же половина больных имеет чувство стеснения за свою болезнь, о ней трудно говорить, особенно больным с впервые выявленным процессом. Следовательно, больные туберкулезом нуждаются в проведении специальной коррекции по преодолению "социальной фобии".

НАРУШЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ	ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ	ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
Дышать (кашель, одышка)	Кашель влажный (возможно кровохарканье)	Легочное кровотечение
Двигаться (слабость, недомогание, одышка, температура)	Боль в грудной клетке	Высокий риск осложнений от неправильного поведения больного, нежелание выполнять рекомендации врача
Отдыхать (кашель, кровохарканье)	Депрессия по поводу заболевания	Общая слабость
Пить (в связи с лихорадкой)	Отказ от речевого и какого либо другого общения	
Поддерживать температуру (субфебрильная температура, лихорадка)	Страх потери работы	
Поддерживать состояние (снижение иммунитета)	Неадекватное отношение к своему заболеванию	
Быть чистым (потливость, асоциальные условия существования)	Отсутствие достаточных знаний о своем заболевании	
Общаться (изоляция во время госпитализации и социальная изоляция)	Нежелание выполнять рекомендации врача	
Избегать опасности (слабость, лихорадка, сниженный иммунитет)	Дискомфорт в следствие изоляции	
работать, учиться (длительное лечение асоциальное поведение, сложности с трудоустройством)	Неблагоприятные условия питания, работы, экологической среды	
Есть - снижение аппетита	Асоциальный образ жизни (курение, алкоголизм, нахождение в МЛС отсутствие жилья	
	Риск развития легочного кровотечения	

Главной профилактикой туберкулеза является прививка, которая проводится ребенку в роддоме после рождения с разрешения родителей.

Человек, не прошедший своевременную вакцинацию, автоматически попадает в зону риска и становится опасен для окружения.

К остальным профилактическим мероприятиям относятся следующие действия:

1. Регулярное прохождение исследования посредством рентгеновских лучей.
2. Вакцинация перед посещением экзотических стран, таких как Индия или тропические государства, где легочные инфекции очень распространены.
3. Вести здоровый образ жизни: отказаться от вредных привычек, правильно питаться и заниматься физкультурой.
4. Современные терапевтические методики позволяют бесследно справиться с туберкулезом, при условии своевременного обращения к врачу.

Справиться с туберкулезом можно посредством грамотного сочетания современных методик лечения. Составить схему лечения для каждого конкретного случая может только врач-фтизиатр. (приложение 4)

ВЫВОДЫ ПО 1ГЛАВЕ

Наиболее часто встречающимися заболеваниями легких являются бронхит, бронхиальная астма, пневмония, отёк легких, эмфизема лёгких, бронхоэктатическая болезнь, ТВС, плеврит.

ТВС — острейшая проблема современного мирового сообщества. Сегодня он признан ВОЗ как заболевание, требующее разработки и внедрения активных и безотлагательных действий по предупреждению распространения в мире. Основные клинические формы ТВС: ТВС органов дыхания и внелегочные формы ТВС. К классическим симптомам туберкулёза лёгких относят — длительный кашель с мокротой, иногда с кровохарканьем, появляющимся на более поздних стадиях, лихорадку, слабость, ночную потливость, похудание.

Соблюдение этапов сестринского процесса значительно помогает в работе медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями легких.

Можно выделить следующую основную роль сестринского ухода за больными с заболеваниями легких:

- Обеспечение больного диетой, способствующей повышению защитных сил организма, богатой белками и витаминами.
- Контроль соблюдения санитарно—гигиенического режима.
- Регулярное проветривание в палате.
- Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.
- Для сбора мокроты больной снабжается плевательницей достаточного размера с хорошо притертой крышкой и обеспечивается дезинфекция плевательницы и мокроты. Медсестра осуществляет контроль за характером мокроты.
- Контроль дыхания, пульсом и артериальным давлением.
- Оказание помощи при кровохарканье и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цель данного исследования было исследование роли медицинской сестры в уходе за пациентами во фтизиопульмунологии.

В ходе выполнения работы решены следующие задачи исследования:

1 Рассмотрена общая характеристика ТВС как заболевания: этиология, классификация, лечение, факторы риска;

2 Раскрыта роль медицинской сестры в осуществлении ухода за пациентами с заболеванием ТВС;

5 Проведен анализ проблем пациентов с ТВС.

ВЫВОДЫ ПО ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ

Задачами сестринского ухода за пациентами с заболеваниями легких являются: обеспечение благоприятного исхода заболевания и организация максимального комфорта пациенту. Медсестра обучает пациентов правилам приема лекарственных препаратов, выполняет необходимые лечебные манипуляции, проводит беседу с пациентом о сути его болезни, оказывает ему психологическую поддержку.

Правильный сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания предполагает как хорошее знание общих вопросов ухода, так и овладение некоторыми специальными навыками.

2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ФТИЗИОПУЛЬМУНОЛОГИИ

2.1.Описание методов исследования больных ТВС

Исследование проводилось методом анкетирования пациентов и анализа историй болезней пациентов в СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5»,в период 23.04.19г по 19.05.2019,с их согласия и согласия персонала дневного стационара.

Целью опроса анализа являлось выявления проблем пациентов и роли медицинской сестры в уходе во фтизиопульмонологии. Для проведения опроса была составлена анкета, и обработаны статистические данные.

Анализируя разделы анкеты, получили следующие данные.

Обследовано 5 пациентов с диагнозом: ТВС легких.

Целью исследования является проведение анализа роли медицинской сестры в уходе за пациентами во фтизиопульмонологии.

Для проведения была составлена анкета, которая включила в себя вопросы о проведенной работе медсестры, эффективности оказания медицинской помощи, санитарно-профилактической работы и санитарно-просветительной работы. Так же были сделаны сестринские карты наблюдения за пациентами в дневном стационаре.

Пациент№1

Медицинская организация: СПБ ГБУЗ ПТД№5

Отделение: дневной стационар

Иванов Иван Иванович

Пол М, возраст 29 лет

Территориальная принадлежность: калининский район

Место работы: не работает

Кем направлен: КИБ

Вид транспортировки: самостоятельно

Направлен в дн.ст.: для продолжения лекарственной терапии

Рост 175

Вес 76

Аллергии: нет

Источник информации: пациент, история болезни.

Жалобы пациента: повышение температуры до субфебрильных цифр, умеренное нарушение проходимости дыхательных путей, слабость, утомляемость, одышка, кашель.

Выявление факторов риска: режим труда и отдыха: не работает

Условия проживания: проживает в благоприятных условиях.

Характер питания: не полноценный

Вредные привычки: курение - да, алкоголь – да.

Производственные вредности: отсутствуют.

Сопутствующие заболевания: ЦВБ ДЭ, полинейропатия нижних конечностей, ИБС, хроническая СНТ, ЖКБ, глаукома 3а стадии, хр. калькулезный холецистит (вне обострения), хр. простатит (обострение),экзема вне обострения.

Физиологические данные:

Цвет кожных покровов: бледный

Высыпаний: нет

Оценка ИМТ: норма

Отеки: нет

Дополнение,

ЧДД 24

КАШЕЛЬ ДА

Мокрота да

ЧСС 107

АД 157/98

Пищеварение.

Аппетит – нарушен

Глотание – нарушено

Метеоризм – нет

Соблюдение назначенной диеты не полностью

Мочеиспускание: свободное

Частота мочеиспусканий днем 7, ночью 2.

Недержание нет

Сон, отдых

Длит. Сна ночью не более 6 часов, с периодическим пробуждением для кашля

Способность поддерживать нормальную температуру нарушена

Настоящие проблемы пациента: одышка, кашель, температура, слабость.

Приоритетные проблемы: температура и кашель

Потенциальные проблемы: риск развития осложнений.
План ухода:

- Провести с пациентом беседу о факторах риска, симптомах заболевания, необходимости обследования и длительного лечения;
- Обеспечить пациенту физический, психологический покой;
- Исключить назначение тепловых процедур;
- Обеспечить пациента карманной плевательницей и обучить дисциплине кашля;
- Контролировать характер и количество выделяемой мокроты;

Пациент№2

Медицинская организация: СПБ ГБУЗ ПТД№5
Отделение: дневной стационар
Ратфельд Александр Викторович
Пол М, возраст 66 лет
Территориальная принадлежность: калининский район
Место работы: работает
Кем направлен: ГТБ№2
Вид транспортировки: самостоятельно
Направлен в дн.ст.: для продолжения лекарственной терапии
Рост 170
Вес 85
Аллергии: нет
Источник информации: семья, пациент, история болезни.
Жалобы пациента: повышение температуры до субфебрильных цифр, слабость, утомляемость, одышка, кашель, мокрота с прожилками крови
Выявление факторов риска: режим труда и отдыха: работает
Условия проживания: проживает в благоприятных условиях.
Характер питания: не полноценный
Вредные привычки: курение - нет, алкоголь – нет.
Производственные вредности: отсутствуют.
Сопутствующие заболевания: отрицает
Физиологические данные:
Цвет кожных покровов: бледный

Высыпаний: нет
Оценка ИМТ: норма
Отеки: нет
Дополнение,
ЧДД 24
КАШЕЛЬ ДА
Мокрота да
ЧСС 90
АД 157/98
Пищеварение.
Аппетит – нарушен
Глотание – не нарушено
Метеоризм – нет
Соблюдение назначенной диеты: полностью
Мочеиспускание: свободное
Частота мочеиспусканий днем 7, ночью 2.
Недержание нет
Сон, отдых
Длит. Сна ночью не более 6 часов, с периодическим пробуждением для кашля
Настоящие проблемы пациента: одышка, кашель, температура, слабость.
Приоритетные проблемы: повышенная температура и кашель.
Потенциальные проблемы: риск развития осложнений

План ухода:

- Провести с пациентом беседу о факторах риска, симптомах заболевания, необходимости обследования и длительного лечения;
- Обеспечить пациенту физический, психологический покой;
- Исключить назначение тепловых процедур;
- Подавать пациенту охлажденную пищу и жидкость;
- Обеспечить пациента карманной плевательницей и обучить дисциплине кашля;
- Контролировать характер и количество выделяемой мокроты;

Медико-социологическое исследование по составлению социального портрета населения

При обработке статистических данных выявлено, что максимальный уровень заболеваемости туберкулеза идет у лиц трудоспособного возраста.

Таблица № 1

Распределение пациентов по профессиональной принадлежности в ПТД

Профессиональная принадлежность	Абсолютные числа	%
Работающие	3	60
Служащие	0	
Студенты ВУЗа или техникума	0	
Пенсионеры	1	20
Инвалиды	0	
Не работающие(трудоспособного возраста)	1	20

Таблица №2 Выполнение лечебных манипуляций за 10 дней.

Манипуляции	Выполнено	медсестрой
	10 дней	1 день
В/м инъекции	100	10
В/в инъекции	150	15
Измерение температуры	30	3
Забор крови	200	20
Измерение Ад, пульс, ЧДД,	150	15

Кормление больного в постели	150	15
Ведение медицинской документации	150	15
Раздача лекарственных средств	150	15
Сбор анализов мочи, мокроты	20	2
Подготовка пациентов к рентгенологическим исследованиям	30	3
Разведение антибиотиков	150	15
Проведение бесед с пациентами	150	15

Анализируя данные можно сделать вывод, что на медсестру выпадает большая нагрузка по работе, больше всего она выполняет такие виды простых медицинских услуг как: раскладка лекарств, внутримышечные инъекции, измерение температуры тела, АД, ЧДД, пульса, ведение медицинской документации.

Санитарное просвещение пациентов.

Просвещение и поддержка со стороны медперсонала, а также помощь в решении проблем больного помогут значительно повысить его желание восстановить здоровье и соблюдать режим лечения. Важно, чтобы больной понимал важность назначенного лечения и последствия отказа от лечения.

Для этого необходимо помочь понять больному:

- как распространяется туберкулез;
- как предотвратить распространение инфекции;
- почему необходимо принимать несколько препаратов сразу;
- почему важно принять все дозы каждого назначенного препарата;
- что такое лекарственная устойчивость МБТ и как она возникает;
- чем обусловлена необходимость непосредственного контроля за лечением со стороны медицинского персонала;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль медицинской сестры в лечении ТВС играет важную роль в психологическом состоянии пациента, его положительного настроя к излечению, проведению эффективной работы с пациентом, его окружением и семьей, т.к. население не активно участвует в санитарно-эпидемиологических мероприятиях.

Проходя практику на дн.ст. мной было проведено анкетирование, в котором было выявлено следующее:

- врач и медсестра вносят одинаковый вклад в эффективность санитарно-просветительной работы.

- чаще при проведении анкетирования участвовали женщины.

-своё состояние при получении лечения в дневном стационаре диспансера пациенты в большинстве случаев оценили на 10 баллов, и только 3 пациента на 7 и 9.

- территориальная принадлежность больше преобладала у красногвардейского и калининского районов, другое место проживания были выбраны единично.

-чаще встречались пациенты в возрасте до 35 лет.

-так же пациенты отметили пользу проведения санитарно-просветительной работы на 100%.

- На предложение внести какие-либо изменения в работе медсестре, в будущем, никто не смог предложить других вариантом. Т.к. графа для заполнения была в произвольной форме, ответы были - «ничего не надо менять», «все супер, оставайтесь такими же».

ВЫВОД ПО ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ.

Рассмотрев роль медицинской сестры, изучив статистические данные, диагностику, лечение туберкулеза, проводя анкетирование, по удовлетворению ухода можно сказать, что распространение ТБС достигло эпидемических размеров во многих частях мира. Почти два миллиона человек ежедневно умирает от болезни, которая в большинстве случаев является излечимой и поддается профилактике, даже в условиях очень ограниченных ресурсов.

Повсюду в мире медсестры сталкиваются с пациентами больными ТБС, с подозрением на ТБС и с теми, кто имеет признаки болезни. Медсестре отводится важная роль в обнаружении случаев ТБС, обеспечении ухода и лечения ТБС. Она определяет медсестринский подход к планированию и обеспечению ухода за пациентом, нацеленный на улучшение доступности и качества ухода в течение всего периода лечения.

Первый контакт медсестры с пациентом может сильно повлиять на выполнение пациентом режима обследования. Медсестра должна не только правильно оформить медицинскую документацию, но и дать пациенту четкие инструкции о том когда, где и какие надо проходить обследования. От этого напрямую зависит достоверность результатов.

Медсестра во фтизиатрии работает не только с пациентом, но и с родственниками и часто вступает в роли психолога.

Тщательная оценка каждого индивидуального пациента крайне важна для планирования соответствующего ухода. Разные пациенты имеют разный уровень знаний и понимания ТБС, в зависимости от того, что они о нем слышали и знакомы ли они с кем-нибудь, у кого есть ТБС.

Во всем мире медсестры играют значительную роль в контроле туберкулеза. Для успешной работы сестра должна понимать, что представляет собой эта болезнь, уметь распознавать признаки и симптомы ТБС, поддерживать пациентов в выполнении режима лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Брико, Н.И. Эпидемиология: Учебник / Н.И. Брико. – М.: ГЭОТАР—Медиа, 2013. – 656 с.

2. Двойников, С.И. Ситуационное обучение в сестринском деле: Учеб. пособие /С.И.Двойников, С.В. Лапик. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2014.— 516 с.

3. Денисевич, Н.К. Сестринское дело / Н.К. Денисевич. – М.: Юрайт, 2014.— 284 с.

4. Елисеева, Ю.Ю. Справочник медицинской сестры / Ю.Ю. Елисеева. — Москва: Эксмо, 2004. – 840 с.

5. Заболеваемость населения России в 2014 году: статистические материалы. В 2 ч. – Ч. II. – М.: ГЭОТАР—Медиа, 2014.

6. Задворнова, О.Л. Справочник медицинской сестры / О.Л. Задворнова, М.Х. Турьянова. – М.: Новая волна, 2014.— 198 с.

7. Заликина, Л.С. Уход за больными: Учебник / Л.С. Залкина. — М.: МИА, 2008. — 201 с.

8. Ивашкин, В.Т. Пропедевтика внутренних болезней. Пульмонология: Учеб. пособие / В.Т. Ивашкин, О.М. Драпкина. — М.: ГЭОТАР—Медиа, 2011. — 176 с.

9. Инфекционные болезни / Под ред. Н.Д. Ющук. – М.: ГЭОТАР—Медиа, 2013. – 704 с.

10. Кошечкин, В.А. ТВС: Tuberculosis: Учебное пособие / В.А. Кошечкин, З.А. Иванова. – М.: Изд—во РУДН. – 2006. – 276 с.

11. Латфуллин, И.А. Основы диагностики заболеваний органов дыхания: Учебник / И.А. Латфуллин, А.А. Подольская. — М.: МЕДпресс—Информ, 2008. — 208 с.

12. Лычев, В.Г. Основы сестринского дела в терапии / Лычев В.Г., Карманов В.К. — Ростов н/Д.: Феникс, 2008. — 368 с.

13. Маколкин, В.И. Внутренние болезни / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко. – М.: ГЭОТАР—Медиа, 2011. —768 с.
14. Маколкин, В.И. и др. Сестринское дело в терапии / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н. Семенков. – М.: МИА, 2008. – 544 с.
15. Митрофанова, Н.А. Сестринское дело во фтизиатрии / Н.А. Митрофанова, Ю.В. Пылаева. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 256 с.
16. Назарова, С.К. Роль медицинских сестер первичного звена при внедрении здорового образа жизни среди населения / С. К. Назарова // Молодой ученый. — 2014. — №5. — С. 151—153.
17. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец. – М.: Феникс. – 2014. – 510 с.
18. Ослопов, В.Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике / В.Н. Ослопов, О.В. Богоявленская. М.: ГЭОТАР—Медиа, 2013. – 464 с.
19. Перельман, М.И. Фтизиатрия: национальное руководство / М.И. Перельман. — М.: ГЭОТАР—Медиа. – 2007. – 512 с.
20. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2010 г. № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации».
21. Постановление правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально—значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
22. Сорокина, Т.С. История медицины: Учебник для ВУЗов/ Т.С. Сорокина. – М.: Академия, 2014. – 560 с.
23. Трудный диагноз болезней органов дыхания / И.Г. Даниляк. — М.: Русский врач, 2005. — 194 с.
24. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77—ФЗ «О предупреждении распространения ТВСа в Российской Федерации».6. Даниляк, И.Г.
25. Хоменко, А.Г. ТВСорганов дыхания/ А.Г. Хоменко. — М.: Академия, 2002. – 143 с.

26. Ширикова, Н.В. Алгоритмы манипуляций по сестринскому делу/ Н.В. Ширикова, И.В. Островская. – М.: АНМИ, 2006. – 340 с.

27. Ярцева, Т.Н. и др. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Т.Н. Ярцева, Р.Н. Плешкан, Е.К. Собчук. – М.: АНМИ, 2005. – 395 с.

28. Konstantinos, A. Testing for tuberculosis / A. Konstantinos // Australian Prescriber. – 2010. – Vol. 33. – P. 12—18.

29. The Stop TB Strategy, case reports, treatment outcomes and estimates of TB burden / World Health Organization // Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. – 2009. – P. 187—300.

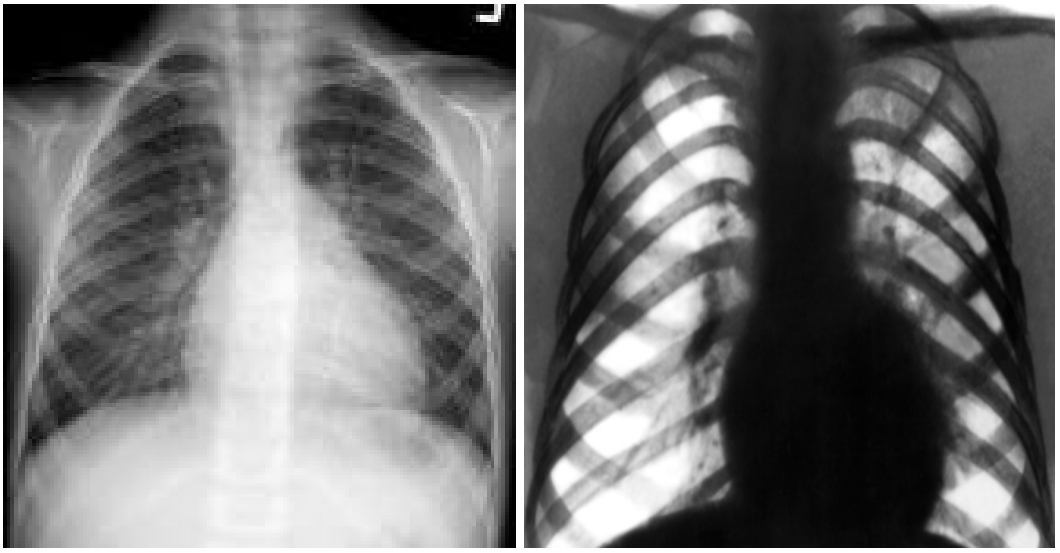
ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Влияние и взаимодействие внешних и внутренних факторов на развитие заболевания ТВС



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Рентгенограммы легких здорового человека (слева) и больного ТВС (справа)



ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Нормативно—правовое обеспечение профилактики ТВС

- Федеральный закон от 18.06.2001 №77 ФЗ «О предупреждении распространения ТВС в Российской Федерации.
- Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002 – 2006 годы)». В рамках этой программы, в качестве подпрограммы действует Федеральная программа «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России», утвержденная правительством РФ от 13.11.2001 №790.
- Постановление правительства РФ от 25. 12.2001 № 892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения ТВС в Российской Федерации».
- Приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкузных мероприятий в Российской Федерации».
- Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 22.04.2003 № 62 «О введении в действие санитарно—эпидемиологических правил «Профилактика ТВС, СП 3.1.1295—03».
- Приказ Минздрава России от 13.02.2004 № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга ТВС».
- Постановление правительства РФ от 02.04.2003 № 188 «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации».

БУКЛЕТ-ПАМЯТКА (ПРИЛОЖЕНИЕ 4)

МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ ТУБЕРКУЛЕЗА

1. Регулярное прохождение ФЛГ

Дети с 15 лет и старше 1раз в год.

Люди входящие в группу риска делают ФЛГ 2 раза

- **ВИЧ-инфецированные**
- **лица состоящие на учете у психиатра/нарколога**
- **лица находящиеся в бытовом контакте с больными туберкулезом.**



2. Вакцинация

Перед посещением экзотических стран, таких как Индии или тропические государства, где распространены легочные инфекции.



3. Вести здоровый образ жизни

Отказаться от вредных привычек, правильно питаться, чаще гулять на свежем воздухе и заниматься спортом

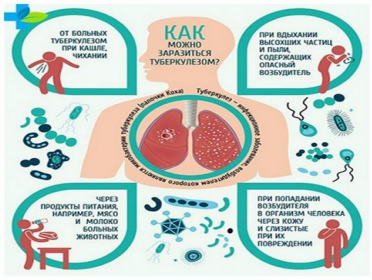


4. Проба Манту

Проба Манту - это туберкулиновая **проба** (не вакцинация!), показывающая отношение иммунной системы к микобактериям, вызывающим туберкулез.

Начиная с годовалого возраста, пробу рекомендуется ставить ежегодно до достижения ребенком 15-летнего возраста.





СТАТИСТИКА

Туберкулез в мире
среди взрослого и детского населения, оценка ВОЗ

- Согласно оценкам, треть населения планеты инфицирована *Mycobacterium tuberculosis*
- В настоящее время ежегодно туберкулезом заболевает 9,3 миллиона человек, а 1,8 миллиона больных умирает от туберкулеза (оценка ВОЗ для 2007 г.)
- Около 1 миллиона заболевших - дети в возрасте до 15 лет, или 11% от всех новых случаев заболевания
  - В разных странах на долю детей приходится от 3 до 25% общего числа заболевших туберкулезом.

Главной профилактической мерой против туберкулеза является прививка БЦЖ.
Постановка которой проводится в роддоме на 3-7 день с момента рождения ребенка.



Вакцинация проводится с согласия родителей.

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА



ТАК ВЫГЛЯДИТ ПАЛОЧКА КОХА



Туберкулез — это инфекционное заболевание, развитие которого вызывают различные патогенные микроорганизмы, но чаще всего палочка Коха.