сестринский процесс при туберкулезе

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время отмечается рост заболеваемости туберкулезом и смертности от него, особенно в странах Восточной Европы и Западной Европы. Рост заболеваемости обусловлен большим резервуаром инфекции, несвоевременным выявлением бациллярных больных, рассеивающих туберкулезную инфекцию. туберкулёз являлся социально значимым заболеванием всех времён и народов. В настоящее время в мире ежегодно регистрируется только бациллярного туберкулеза до 10 млн. чел. и 4-5 млн. чел. ежегодно умирают от этой инфекции. По прогнозам экспертов ВОЗ к 2020 году в Мире появится еще 200 млн. чел. - новых случаев туберкулеза и 70 млн. чел. умрет от этой инфекции. А быстрое распространение лекарственно-устойчивых штаммов возбудителя туберкулеза, нарастание полирезистентности грозит превратить туберкулез в неизлечимое заболевание.

Большое значение имеет так же эндогенная реактивация, особенно в группах риска. Позднее выявление запущенных форм, остро прогрессирующие процессы, особенно вызванные лекарственно-устойчивыми микобактериями, являются причиной высокой смертности. Программа современной контролируемой химиотерапии укороченной длительности имеет первостепенное значение для прекращения рассеивания туберкулезной инфекции и снижения смертности от туберкулеза.

Список сокращений

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ИВЛ - искусственная вентиляция лёгких

ВОЗ -всемирная организация здравоохранения

ПЦР - полимеразная цепная реакция

ЛС - лекарственные средства

ЭМП-экстренная медицинская помощь

Предмет изучения сестринский процесс.

Объект исследования сестринский процесс при туберкулезе

Цель исследования изучение сестринского процесса при туберкулезе

Для достижения данной цели исследования необходимо

изучить:

* этиологию и предрасполагающие факторы туберкулеза;
* клиническую картину и особенности диагностики туберкулеза;
* принципы оказания первичной медицинской помощи при туберкулезе;
* методы обследований и подготовку к ним;
* принципы лечения и профилактики туберкулеза;

Для достижения данной цели исследования необходимо

проанализировать:

* два случая, иллюстрирующие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациентов с данной патологией;

● основные результаты обследования и лечения описываемых больных в стационаре.

В соответствии с намеченной целью и задачами использованы следующие методы исследования:

● научно-теоретический анализ медицинской литературы по туберкулезу;

● эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования:

организационный (сравнительный, комплексный) метод;

субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);

объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);

● биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

● психодиагностический (беседа).

Практическая значимость:

Подробное раскрытие материала по теме курсовой работы «Сестринский процесс при туберкулезе» позволит повысить качество сестринской помощи.

1. Туберкулез

Туберкулёз (от лат. tuberculum- бугорок)- широко распространённое в мире инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий, как правило, палочка Коха. обычно поражает легкие, реже затрагивая другие органы и системы, передаётся воздушно-капельным путём при разговоре, кашле и чиханий больного. Чаще всего после инфицирования микобактериями заболевание протекает в бессимптомной, скрытой форме, но примерно один из десяти случаев скрытой инфекции в конце концов переходит в активную форму.

1.1 этиология и предрасполагающие факторы туберкулеза

Возбудитель туберкулеза - микобактерии туберкулеза (МБТ) Различают несколько типов МБТ:

* человечий,
* бычий,
* птичий,
* мышиный
* холоднокровных животных.

Для человека патогенны человечий и бычий типы. Источник туберкулезной инфекции - человек, выделяющий МБТ, или животное, больное туберкулезом: крупный и мелкий рогатый скот, дикие, реже домашние животные (кошки, собаки).Пути передачи инфекции:

* аэрогенный (воздушно-капельный и пылевой)
* алиментарный (через продукты и посуду больного человека или через молочные продукты от больной коровы).Ворота инфекции:
* носоглотка,
* миндалины,
* слизистая бронхов,

Реже поврежденная:

* кожа,
* глаза,
* плацента.

При формировании заболевания туберкулезом МБТ находятся в оптимальных для их жизнедеятельности условиях, они активно размножаются вегетативным путем, что приводит к быстрому накоплению популяции.

При лечении больных противотуберкулезными препаратами МБТ теряют способность к вегетативному размножению и превращаются в различные измененные формы. В этом неактивном состоянии они надолго остаются в организме, активизируясь при преждевременном прекращении лечения больного.В неактивном состоянии МБТ в течение многих месяцев сохраняются и в окружающей среде (на посуде и белье больного, в пыли помещения, т. д.), проявляя чрезвычайную устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям и активизируясь при попадании в организм человека или животного.

.2 Клиническая картина

Туберкулёз лёгких может длительное время протекать бессимптомно или симптомами выступают неспецифические проявления интоксикации: слабость, бледность мало симптомно и обнаружиться случайно при проведении флюорографии или на рентгеновском снимке грудной клетки. Факт обсеменения организма туберкулёзными микобактериями и формирования специфической иммунологической гиперреактивности может быть также обнаружен при постановке туберкулиновых проб.

В случаях, когда туберкулёз проявляется клинически, обычно самыми первыми симптомами, повышенная утомляемость, вялость, апатия, субфебрильная температура (около 37 °C, редко выше 38°), потливость, особенно беспокоящая больного по ночам, похудение. Часто выявляется генерализованная или ограниченная какой-либо группой лимфатических узлов лимфаденопатия - увеличение размеров лимфатических узлов. Иногда при этом удаётся выявить специфическое поражение лимфатических узлов - «холодное» воспаление.

В крови больных туберкулёзом или обсеменённых туберкулёзной микобактерией при лабораторном исследовании часто обнаруживается анемия (снижение числа эритроцитов и содержания гемоглобина), умеренная лейкопения (снижение числа лейкоцитов). Некоторыми специалистами предполагается, что анемия и лейкопения при туберкулёзной инфекции - последствие воздействия токсинов микобактерий на костный мозг. Согласно другой точке зрения, всё обстоит строго наоборот - туберкулёзная микобактерия преимущественно «нападает» в основном на ослабленных лиц - не обязательно страдающих клинически выраженными иммунодефицитными состояниями, но, как правило, имеющих слегка пониженный иммунитет; не обязательно страдающих клинически выраженной анемией или лейкопенией, но имеющих эти параметры около нижней границы нормы и т. д. В такой трактовке анемия или лейкопения - не прямое следствие туберкулёзной инфекции, а, наоборот, предусловие её возникновения и предсуществовавший до болезни фактор.

Далее по ходу развития заболевания присоединяются более или менее явные симптомы со стороны пораженного органа. При туберкулёзе лёгких это кашель, отхождение мокроты, хрипы в лёгких, насморк, иногда затруднение дыхания или боли в грудной клетке (указывающие обычно на присоединение туберкулёзного плеврита), кровохарканье. При туберкулёзе кишечника - те или иные нарушения функции кишечника, запоры, поносы, кровь в кале и т. д. Как правило (но не всегда), поражение лёгких бывает первичным, а другие органы поражаются вторично путём гематогенного обсеменения. Но встречаются случаи развития туберкулёза внутренних органов или туберкулёзного менингита без каких-либо текущих клинических или рентгенологических признаков поражения лёгких и без такового поражения в анамнезе.

.3 Методы диагностики и подготовка к ним

Основной профилактикой туберкулёза на сегодняшний день является вакцина БЦЖ. В соответствии с «Национальным календарём профилактических прививок» прививку делают в роддоме при отсутствии противопоказаний

в первые 3-7 дней жизни ребенка. В 7 и 14 лет при отрицательной реакции Манту и отсутствии противопоказаний проводят ревакцинацию.

Самая простая проверка на туберкулез - реакция Манту. Через 72 часа после пробы Манту можно определить, есть ли в организме туберкулезная инфекция. Однако этот метод обладает очень низкой точностью. Исследование мазков под микроскопом тоже не может быть эталоном: микобактерию туберкулеза легко перепутать с другими видами бактерий и вынести неверный диагноз.Посев мокроты часто помогает диагностировать туберкулез, однако бактерии туберкулеза «вырастают» не всегда, поэтому и здесь существует риск ложно отрицательного анализа. Наиболее часто, за неимением лучшего, для обследования на туберкулез используют обычный рентген легких и осмотр больного. В специализированной клинике можно сделать определение титра антител к туберкулезу. Этот метод позволяет выявить наличие иммунитета к туберкулезу и выяснить, была ли эффективна проведенная вакцинация. Достоверность - около 75%. Самый современный метод - ПЦР (полимеразная цепная реакция). Это ДНК-диагностика, когда на анализ берется мокрота больного. Результат можно узнать через 3 дня, достоверность - 95-100%.

1.4 Лечение

* Лечить туберкулез самостоятельно невозможно - при неконтролируемом приеме лекарств у палочки Коха (микобактерия туберкулеза) развивается устойчивость к лекарствам и вылечить туберкулез становится намного сложнее. Лечение обычного (чувствительного к лекарствам) туберкулеза занимает не менее 6 месяцев, а иногда затягивается до 2 лет. Для угнетения инфекции терапия должна проводиться систематично, без пауз, тогда туберкулез не сможет прогрессировать. Когда туберкулез выявлен, больного помещают в стационар, где он проводит около двух месяцев - за это время прекращается активное выделение бактерий туберкулеза. Когда больной перестает представлять собой угрозу для здоровья окружающих, лечение продолжается амбулаторно. Лечение обычного туберкулеза проводится по определенной схеме, в нее входят такие препараты, как:
* Изониазид
* рифампицин
* пиразинамид
* стрептомицин
* этамбутол.
* Врач подбирает индивидуальную комбинацию препаратов, которую больной должен будет принимать в течение 2-3 месяцев, лечение проходит в стационаре. Если по прошествии этого времени лечение не принесло должного эффекта либо эффект очень слабый, что обусловлено устойчивостью инфекции к тому или иному препарату, то в химиотерапию вносятся соответствующие изменения. В таких случаях заменяется один или несколько препаратов либо же меняется способ их введения (внутривенно, ингаляционно). Если же, наоборот, после 2-3 месяцев приема препаратов наблюдается положительный эффект, в течение последующих 4 месяцев назначают только изониазид и рифампицин. По окончании курса лечения больной снова сдает анализы и, если палочка Коха будет выявлена, значит, туберкулез перешел в лекарственно-устойчивую\_форму. Лечение устойчивой к лекарствам формы туберкулеза затягивается на годы. В зависимости от того, к каким препаратам устойчива бактерия туберкулеза, к основным препаратам (изониазид, рифампицин) добавляют так называемые препараты второго ряда -
* офлоксацин,
* каприомицин,
* этионамид,
* циклосерин,
* паск.

Препараты второго ряда намного дороже, чем обычные лекарства от туберкулеза. Принимать эти препараты можно только в комплексе. Хирургическое вмешательство для лечения туберкулеза применяют крайне редко, потому что эффективность этого метода весьма низка. Раньше неотъемлемым элементом лечения туберкулеза являлось санаторно-курортное лечение. В наши дни лечение в санаториях является лишь дополнительный средством борьбы с болезнью. Но если больной отказывается от госпитализации, когда это действительно необходимо, медицинское учреждение имеет право через суд направить больного на обязательное лечение в противотуберкулезную клинику. Эта практика применяется повсеместно для лечения безответственных больных и обеспечения здоровья нации.Большое значение в излечении болезни имеет правильное питание. В рацион больного должны входить мясные, рыбные блюда, овощи и фрукты. Алкоголь и курение категорически противопоказаны. Так как больной часто теряет аппетит при туберкулезе, рекомендуется употреблять в пищу продукты богатые витаминами, которые имеют свойство возбуждать аппетит: настой шиповника, рыбий жир, простокваша, кефир.

 **Диета №11 при туберкулезе легких**

Диета №11 назначается при туберкулезе легких без поражения желудочно-кишечного тракта, при малокровии, а также при общем истощении.

Диета №11 при туберкулезе легких характеризуется повышенным содержанием белков, жиров, витаминов (особенно С) и солей кальция. Цель ее укрепить общее состояние и повысить сопротивляемость организма хронической инфекции.

В диете №11 при туберкулезе легких рекомендуются продукты и блюда, содержащие животный белок, соли кальция, витамины; мясо, рыба, птица; колб изделия; сухой гематоген; яйца, у сыр, творог; овощи и зелень; фрукты.

Витамины в диету №11 при туберкулезе легких вводятся в составе овощей, настоя шиповника, отвара из пшеничных отрубей.

Поваренная соль - по норме. Весовой состав суточного рациона: белки - 130-160 г, жиры - 100-120 г, углеводы - 450-500 г. Калорийность - 3500 - 4000 килокалорий.

 ***Примерное меню диеты №11 при туберкулезе легких***

8-9 часов. Творог со сметаной, ветчина, сливочное масло, молочная каша, чай.

-13 часов. Яичница, жареное мясо с картофелем, салат, фруктово-ягодные соки, бисквит из сухого гематогена.

-17 часов. Рубленая сельдь, борщ на мясном бульоне со сметаной, жареное мясо, гречневая каша, пирожное, фрукты, сок.

-20 часов. Сырники, рисовый пудинг со сметаной, ягодное желе, молоко.

часа. Простокваша, пирожное.

1.5 Осложнения

В генезе осложнений главная роль принадлежит лимфогематогенному и бронхогенному распространению инфекции. Осложнения могут развиться при любой форме первичного туберкулеза, в том числе и при малой форме туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Надо отметить, что осложненное течение может встречаться не только в фазе инфильтрации основного процесса, но и в фазе кальцинации.Первичным формам туберкулеза могут сопутствовать следующие осложнения:

· туберкулез бронхов;

· ателектаз;

· бронхолегочные поражения (долевые, сегментарные процессы);

· гематогенная, лимфогенная, бронхогенная диссеминации;

· туберкулезный менингит;

· плеврит;

· первичная каверна;

· казеозная пневмония;

· хронически текущий первичный туберкулез.

туберкулез заболевание возбудитель

1.6 Профилактика

Социальная направленность профилактики туберкулеза

Профилактика туберкулеза имеет социальную направленность, что заключается в проведении в масштабах государства мероприятий экономического и санитарного характера. К таким мероприятиям относятся:

· улучшение жилищно-бытовых условий жизни населения;

· оптимизация условий труда, предупреждение профессиональных заболеваний легких;

· оздоровление окружающей среды, включая борьбу с загрязнением атмосферного воздуха, водоемов, почвы, озеленение, соблюдение санитарных требований промышленной гигиены;

· улучшение качества питания;

· борьба с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, курением;

· развитие физической культуры и спорта, культивирование здорового образа жизни;

· расширение сети детских оздоровительных и санаторно-курортных учреждений;

· проведение социальных и санитарно-ветеринарных мероприятий в местах промышленного производства животных и птиц.

Специфическая профилактика туберкулеза

Главная цель специфической профилактики туберкулеза (прививок против туберкулеза) - выработка у детей и взрослого населения до 30-летнего возраста специфического индивидуального и коллективного иммунитета.

Вакцинацию проводят новорожденным на 4-7-й день жизни. Через несколько лет, в целях профилактики туберкулеза, осуществляется ревакцинация. В России она проводится клинически здоровым детям 7 лет (учащиеся 1-го класса), 12 лет (5-й класс), подросткам 16-17 лет (10-й класс), а затем через каждые 5-7 лет до 30-летнего возраста при наличии соответствующих показаний (контакт с больным туберкулезом или отсутствие инфицированности по результатам туберкулиновой пробы).

Профилактика туберкулеза предполагает отбор кандидатов для ревакцинации с помощью пробы Манту. Ревакцинируют только тех лиц, у которых реакция Манту оказалась отрицательной. Ревакцинация противопоказана: инфицированным туберкулезом лицам любого возраста, переболевшим, туберкулезом в прошлом, больным всеми острыми инфекционными заболеваниями, кожными, аллергическими болезнями, включая ревматизм, экссудативный диатез, а также эпилепсию.

* Химиопрофилактика

Химиопрофилактика - эффективный метод предупреждения заболевания туберкулезом у лиц с повышенным риском развития инфекции. Профилактика туберкулеза путем химиопрофилактики может быть первичной, когда проводится у здоровых лиц, не инфицированных МБТ, но находящихся в контакте с больными туберкулезом, и вторичной - у людей, инфицированных МБТ или переболевших в прошлом.

Профилактика туберкулеза путем первичной химиопрофилактики снижает на только заболеваемость, но и инфицированность, подавляя туберкулезную инфекцию в инкубационном периоде, вторичная - предупреждает экзогенную с

уперинфекцию и активизацию эндогенной туберкулезной инфекции.

Химиопрофилактика необходима:

· всем здоровым лицам (дети, подростки, взрослые), находящимся в семейном, бытовом и профессиональном контакте с бактериовыделителями;

· детям и подросткам с виражом туберкулиновой пробы;

· детям и подросткам, инфицированным туберкулезом;

· лицам с посттуберкулезными изменениями в легких, получающим стероидные гормоны по поводу другого заболевания;

· больным силикозом, сахарным диабетом, психическими заболеваниями, наркоманиями, алкоголизмом, язвенной болезнью желудка двенадцатиперстной кишки, хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания при наличии посттуберкулезных изменений в легких, ВИЧ-инфицированным;

· взрослым лицам с посттуберкулезными изменениями в легких и при наличии гиперергических реакций.

Всем указанным категориям лиц профилактика туберкулеза путем химиопрофилактики проводится в весенне-осенний период (март-апрель и сентябрь-октябрь) или в другое время года в зависимости от "сезонности" проявлений инфекции и ее рецидивов.

* Флюорографические обследования

Большую эффективность для профилактики туберкулеза имеют массовые флюорографические обследования взрослого населения. Ежегодное обследование помогает своевременно выявлять больных туберкулезом людей. Флюорография в системе профилактики туберкулеза позволяет начать лечение на ранних этапах заболевания, что является важным условием его успешности. В зависимости от конкретных условий, материально-технической оснащенности органов здравоохранения в разных странах с целью профилактики туберкулеза проводится или сплошное, или выборочное обследование населения. При выборочном обследовании под наблюдением должны находиться группы лиц с высоким риском заражения и развития вторичного туберкулеза.

* Профилактика туберкулеза в очагах включает:

· госпитализацию больных туберкулезом и особенно явных выделителей МБТ сразу после установления-диагноза;

* проведение заключительной, а впоследствии - текущей дезинфекции;

· систематическое, длительное обследование лиц, находящихся в контакте с больными;

· вакцинацию, ревакцинацию и изоляцию контактных лиц на период выработки иммунитета;

· химиопрофилактику в отношении контактных лиц;

· обучение санитарно-гигиеническим навыкам больного и окружающих лиц;

· улучшение жилищно-бытовых условий семьи больного.

* Профилактика туберкулеза в условиях производства

Наряду с противоэпидемическими и профилактическими мероприятиями в очагах по месту жительства больных, существенное значение в борьбе с туберкулезом имеет профилактика туберкулеза в условиях производства. Согласно санитарным правилам больные туберкулезом, у которых наблюдается выделение МБТ, не допускаются к работе на некоторых производствах и в ряде учреждений.

Перечень профессий, на которые распространяются запретительные меры, можно разделить на три категории:

Первая категория - работники детских учреждений дошкольного, школьного и санаторно-курортного профиля.

Вторая категория - это работники общественного питания и пищевой промышленности, которые непосредственно соприкасаются с сырьем, полуфабрикатами и готовой продукцией, а также осуществляют ремонт, очистку и дезинфекцию производственного оборудования. К данной группе относятся также работники аптек, фармацевтических заводов, занятых изготовлением и расфасовкой лекарственных средств, работники водопроводных сооружений, слесари-сантехники, работники предприятий, изготавливающих детские игрушки. Третья категория - это работники сферы коммунальных услуг, в которой также необходима постоянная профилактика туберкулеза: банщики, парикмахеры, косметологи, лица, обеспечивающие стирку и выдачу белья в прачечных, проводники и кондукторы общественного транспорта, стюардессы и водители такси, работники спортивных сооружений, библиотек. На предприятиях и в учреждениях, где работают больные туберкулезом, не относящиеся к вышеперечисленным категориям, и есть своя медсанчасть, также осуществляется профилактика туберкулеза: учет больных, контролируемое лечение на амбулаторном этапе, наблюдение за состоянием здоровья пациентов, учет и обследование производственных контактов, рациональное трудоустройство и др.

.7 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой

Внутрикожная инъекция на реакцию манту:

Цель: диагностическая, применяется для проведения аллергических проб, профилактических прививок.

Оснащение:

шприц туберкулиновый емкостью 1мл, игла длиной 15мм, сечением 0,4 мм.

стерильная игла в упаковке для набора лекарственного средства.

лекарственное средство

спирт этиловый 70%

3 стерильных марлевых шарика

емкости для дезинфекции используемых шприцев, игл и ватных шариков

латексные перчатки

маска

Подготовка к процедуре

. Установить доброжелательные отношения с пациентом.

. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.

. Надеть маску, подготовить руки к работе, надеть перчатки

. Проверить пригодность лекарственного средства (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду).

. Сверить назначения врача.

. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) тампоном, смоченным спиртом).

. Вскрыть пакеты, собрать шприц.

. Набрать в шприц необходимое количество лекарственного средства.

. Сменить иглу, надеть иглу для в/к инъекции, выпустить воздух из шприца так, чтобы в шприце осталась заданная доза. Надеть колпачок.

. Положить шприц на стерильный лоток или в стерильную упаковку

Выполнение процедуры

. Усадить пациента, положить руку передней поверхностью предплечья вверх.

. Взять шприц в правую руку срезом иглы вверх, снять колпачок.

. Обработать дважды разными тампонами кожу в области средней трети передней поверхности предплечья пальцами левой руки, сбросить шарики в дез. раствор.

. Натянуть кожу в месте инъекции

пальцами левой руки. Ввести в кожу только

срез иглы под углом 50 к поверхности

тела пациента.

. Зафиксировать вторым пальцем иглу, прижав ее к коже.

. Перевести левую руку на поршень и ввести лекарственное вещество.

. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю.

. Не прижимать к месту инъекции вату, смоченную спиртом.

. Проверить, нет ли крови из места прокола, если есть, приложить сухой стерильный шарик

Окончание процедуры

. Объяснить пациенту, что на место инъекции не должна попадать вода до определенной реакции.

. Провести дезинфекцию шприца, игл, ватных шариков.

. Снять перчатки, поместить в дез. раствор.

. Вымыть и высушить руки.

. Сделать запись о выполнении процедуры в листе назначений.

 Сбор мокроты на микобактерии туберкулез <http://www.radamed.ru/index.php?option=com\_content&task=view&id=112>

Цель: обеспечить качественный сбор мокроты, содержащей достаточное количество микобактерии туберкулеза, если они выделяются.

Оснащение: карманная плевательница для сбора мокроты или чистая, стеклянная банка из темного стекла с крышкой, направление в лабораторию.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ

1. Предупредить и объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования.

2. Объяснить, что необходимо ежедневно, в течение 3 дней подряд собирать мокроту для исследования в емкость из темного стекла

. Обеспечить, направлением.

. Обучить технике сбора мокроты: - предупредить, что собирают мокроту только при кашле, а не при отхаркивании.

. Объяснить, что необходимо соблюдать правила личной гигиены до и после сбора мокроты.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Утром откашлять и собрать мокроту в чистую банку в количестве не менее 15-20 мл. Закрыть крышку;

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Прикрепить направление и доставить банку в клиническую лабораторию.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

«Сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам.

знать:

1. факторы риска туберкулезной инфекции,

2. основные клинические проявления, осложнения различных форм туберкулеза,

. виды профилактики туберкулеза,

. обязанности сестры при выполнении лечебно-диагностических мероприятий;

уметь:

1. осуществлять сестринский процесс: проводить первичную оценку, выявлять проблемы пациента, планировать сестринский уход, проводить текущую и итоговую оценку результатов ухода;

2. подготавливать пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям, проводить туберкулинодиагностику, вакцинацию и ревакцинацию БЦЖ;

. обеспечивать инфекционную безопасность пациента и персонала, осуществлять комплекс противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции;

. выполнять сестринские манипуляции;

. осуществлять лекарственную терапию по назначению врача;

. оказывать первую медицинскую помощь.

2. Практическая часть

.1 Наблюдение 1

Пациентка Л., 24 года, госпитализирована в стационар с диагнозом очагового туберкулеза легких. Предъявляет жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, кашель с прожилками крови, повышение температуры до субфебрильных цифр в течение 2-3 нед, потливость по ночам. За 1 месяц похудела на 7 кг. Женщина курит 15 лет, употребляет крепкие алкогольные напитки. Работает адвокатом и общается с заключенными.

При осмотре: состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, температура 37,5 С, частота дыхания до 22 в минуту, пульс 90 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 100/70 мм РТ. ст.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной краски При аускульптации в обеих легких выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы и в межлопаточном пространстве мелко пузырчатые хрипы после покашливания.

В мокроте МБТ методом бактериоскопии не обнаружены.

Настоящие проблемы: общая слабость, кашель с мокротой, кровохарканье, субфебрильная лихорадка, снижение работоспособности, потливость.

Приоритетные проблемы пациента: кровохарканье

Потенциальные проблемы пациента: Риск развития легочного кровотечения

Определив нарушенные потребности пациента и выявив проблемы, переходим к планированию предстоящей работы

Выполнение сестринского процесса:

Провести с пациентом беседу о факторах риска, симптомах заболевания и длительного лечения

Обеспечить пациенту физический, психологический и речевой 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

Обеспечить парентеральное введение кровоостанавливающих средств по назначению врача

Провести беседу с пациенткой о вреде курения и злоупотребления алкоголем

Регулярно контролировать температуру, пульс, АД, массу тела пациентки

Выполнить назначение врача.

.2 Наблюдение из практики 2

Пациент Т.28 лет, находится на лечении в туберкулезной больнице с диагнозом: фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Внезапно при кашле стала выделяться в большом количестве алая кровь с примесью пузырьков воздуха. Пациент был освобожден год назад из колонии строго режима, за употребление наркотиков.

Оценка состояния пациента:

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 37,4С.кожа и видимые слизистые, бледные, влажные. Грудная клетка вздута, в состоянии максимального вздоха. При перкусии определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускульптации-дыхание ослаблено, влажные хрипы в нижних отделах легких. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения. 110Уд.мин АД90.60мм ртутного столба.

У пациента страдающего туберкулезом- легочное кровотечение.

Обоснование: пациент страдает туберкулезом легких, при кашле выделяется в большом количестве алая кровь с пузырьками воздуха, частый пульс слабого напряжения, низкое АД.

Выполнение сестринского процесса:

Провести с пациентом беседу о факторах риска, симптомах заболевания и длительного лечения

Обеспечить пациенту физический, психологический и речевой 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

Обеспечить парентеральное введение кровоостанавливающих средств по назначению врача

Провести беседу с пациенткой о вреде курения и злоупотребления алкоголем

Регулярно контролировать температуру, пульс, АД, массу тела пациентки

Выполнить назначение врача.

ВЫВОДЫ

Изучив необходимую литературу и проанализировав два практических случая можно сделать выводы: знание этиологии и предрасполагающих факторов, клинической картины, осложнений и методов диагностики, принципов лечения и манипуляций, поможет медицинской сестре осуществить все этапы сестринского процесса.

Изучив полученную информацию, можно сделать заключение, что цель работы достигнута

Например: пациент Т. В отличие от пациентки Л. был осужден и находился в условиях ограниченных жилищно-бытовых условий его состояние тяжелое. Диагноз фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

Например: пациентка Л. в отличии от пациента Т.находилась в нормальных жилищно-бытовых условиях, но контактировала с заключенными. Состояние средней тяжести при поступлении.

Работа медицинской сестры в фтизиатрическом отделении заключается в борьбе за жизнь пациентов. Медицинские сестры, работающие в таких отделениях, помимо обычной профессиональной подготовки и хороших деловых качеств, должны владеть дополнительными навыками по постановке пробы манту и использованию индивидуальных средств защиты, так как существует не малый риск заражения медицинского персонала в отделении микобактерией туберкулеза. Больные должны получать квалифицированную помощь, своевременный уход и доброжелательное отношение к себе, ведь многие из них могут счесть себя опасными для общества и не идти на контакт. Медицинская сестра должна помогать таким пациентам почувствовать себя частицей общества и не считать себя изгоями. Большое значение имеют правильная и четкая организация и порядок в отделении фтизиатрии. Наряду с чуткостью и внимательностью к больным должны иметь место умеренная строгость и четкость в работе. Углубленно изучив сестринский процесс при туберкулезе, проанализировав два случая из практики, сделано заключение, что цель работы достигнута.

ЛИТЕРАТУРА

.Визель А.А., Гурылева М.Э. «Туберкулез» - Москва: ГЭОТАР Медицина, 1999 г.

.Лычев В.Г., Карманов В.К. «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» - Москва: ФОРУМ, 2008 г.

. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н. «Сестринское дело в терапии » - Москва: АНМИ, 2006 г.

. Митрофанова Н.А., Пылаева Ю.В. «Сестринское дело во фтизиатрии» - Москва: ГЭО - ТАР - Медиа, 2010г.

Приложения

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО пациента Лобанова Людмила Владимировна Адрес проживания г.Москва ул летняя д5кв257 Телефон 4804765 Лечащий врач Антипов А.С Диагноз Туберкулез Дата поступления11.03.12время11:35  первичное  повторное Поступил  по скорой помощи  самостоятельно  направление поликлиники  перевод Способ транспортировки в отделение  на каталке  на кресле  пешком Сознание  ясное  контактен  ориентирован  дезориентирован  спутанное  сопор  ступор  кома  | Диета  соблюдает  аллергия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Диспепсические расстройства  тошнота  рвота  тяжесть, дискомфорт в области живота Физиологические отправления Мочеиспускание  обычное по частоте  учащенное  редкое  болезненное  ночное (сколько раз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  недержание  наличие катетера Функционирование кишечника Частота \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Характер стула  обычно консистенции  жидкий  твердый  недержание  стома Потребность в движении  независим  зависим  полностью частично Ходьба пешком  самостоятельно  с посторонней помощью  использование дополнительных приспособлений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Может ли самостоятельно самостоятельно частично не может · ходить по лестнице    · сидеть на стуле    · дойти до туалета    · перемещаться в    постели  контрактуры  парез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паралич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Риск падения  да  нет Риск развития пролежней  да  нет Количество баллов по шкале Ватерлоу \_\_\_\_\_  нет риска - 1 - 9 баллов,  есть риск - 10 баллов,  высокая степень риска - 15 баллов,  очень высокая степень риска - 20 баллов Потребность в сне  спит хорошо  использует снотворные  храпит Привычки сна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Факторы, нарушающие сон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Потребность трудится и отдыхать работает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  не работает  пенсионер  учащийся  инвалидность  увлечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Есть ли возможность реализовать свои увлечения  да  нет Возможность общения Разговорный язык \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Трудности в общении Слух  нормальный  тугоухость  справа слева  глухой  слуховой аппарат Зрение  нормальное  контактные линзы справа слева  очки  слепота  справа  слева  полная  глазной протез  справа  слева Пациент подпись Медсестра подпись  |
|  Потребность в дыхании Дыхание  свободное  затруднено Частота дыхательных движений \_\_\_\_\_\_ в мин Частота пульса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в минуту  ритмичный  аритмичный АД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст. Является курильщиком  да  нет Количество выкуриваемых сигарет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кашель  да  сухой  с мокротой  нет Потребность в адекватном питании и питье Масса тела\_\_\_\_\_\_\_ кг рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_ см Принимает пищу и питье самостоятельно нуждается в помощи Аппетит  нормальный  пониженный повышенный  отсутствует Болеет ли сахарным диабетом  да  нет Если «да», то как регулирует заболевание  инсулин  сахароснижающие таблетки  диета Зубы  сохранены  отсутствуют  частично сохранены Имеются ли съемные зубные протезы  да  сверху  снизу  нет Принимает жидкость  ограниченно  достаточно  много |  |
| Способность одеться, раздеться, выбрать одежду, личная гигиена  независим  зависим  полностью  частично Одевается, раздевается  самостоятельно  с посторонней помощью Имеет ли выбор одежды  да  нет Заботится ли о своей внешности  опрятен  неряшлив \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  не проявляет интереса Может ли самостоятельно самостоятельно частично не может · стричь ногти    Состояние полости рта  санирована  несанирована Состояние кожи  сухая  нормальная  жирная  отечность  расчесы  язвы  высыпания Способность поддерживать нормальную температуру тела Температура тела в момент обследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  понижена  нормальная  повышена Имеется  потливость  озноб  чувство жара Способность поддерживать безопасную окружающую среду Поддержание безопасности  самостоятельно  с посторонней помощью  не может Двигательные и сенсорные отклонения  да  нет  головокружение  шаткость походки  снижение чувствительности |  |

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО пациента Тимошкин Анатолий Сергеевич Адрес проживания г.Москва ул штурвальная д3кв26 Телефон 8754903 Лечащий врач Александров С.К Диагноз легочный туберкулез Дата поступления10.01.12время13:28  первичное  повторное Поступил  по скорой помощи  самостоятельно  направление поликлиники  перевод Способ транспортировки в отделение  на каталке  на кресле  пешком Сознание  ясное  контактен  ориентирован  дезориентирован  спутанное  сопор  ступор  кома Диета  соблюдает  аллергия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Диспепсические расстройства  тошнота  рвота  тяжесть, дискомфорт в области живота Физиологические отправления Мочеиспускание  обычное по частоте  учащенное  редкое  болезненное  ночное (сколько раз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  недержание  наличие катетера Функционирование кишечника Частота \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Характер стула  обычно консистенции  жидкий  твердый  недержание  стома Потребность в движении  независим  зависим  полностью частично Ходьба пешком  самостоятельно  с посторонней помощью  использование дополнительных приспособлений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Может ли самостоятельно самостоятельно частично не может ходить по лестнице    сидеть на стуле    дойти до туалета    перемещаться в    постели  контрактуры  парез  паралич Риск падения  да  нет Риск развития пролежней  да  нет Количество баллов по шкале Ватерлоу \_\_\_\_\_  нет риска - 1 - 9 баллов,  есть риск - 10 баллов,  высокая степень риска - 15 баллов,  очень высокая степень риска - 20 баллов Потребность в сне  спит хорошо  использует снотворные  храпит Привычки сна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Факторы, нарушающие сон Потребность трудится и отдыхать  работает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  не работает  пенсионер  учащийся  инвалидность  увлечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Есть ли возможность реализовать свои увлечения  да  нет Возможность общения Разговорный язык \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Трудности в общении Слух  нормальный  тугоухость  справа слева  глухой  слуховой аппарат Зрение  нормальное  контактные линзы справа слева  очки  слепота  справа  слева  полная  глазной протез  справа  слева Пациент подпись Медсестра подпись  |  |
|  Потребность в дыхании Дыхание  свободное  затруднено Частота дыхательных движений \_\_\_\_\_\_ в мин Частота пульса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в минуту  ритмичный  аритмичный АД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст. Является курильщиком  да  нет Количество выкуриваемых сигарет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кашель  да  сухой  с мокротой  нет Потребность в адекватном питании и питье Масса тела\_\_\_\_\_\_\_ кг рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_ см Принимает пищу и питье самостоятельно нуждается в помощи Аппетит  нормальный  пониженный повышенный  отсутствует Болеет ли сахарным диабетом  да  нет Если «да», то как регулирует заболевание  инсулин  сахароснижающие таблетки  диета Зубы  сохранены  отсутствуют  частично сохранены Имеются ли съемные зубные протезы  да  сверху  снизу  нет Принимает жидкость  ограниченно  достаточно  много |  |
| Способность одеться, раздеться, выбрать одежду, личная гигиена  независим  зависим  полностью  частично Одевается, раздевается  самостоятельно  с посторонней помощью Имеет ли выбор одежды  да  нет Заботится ли о своей внешности  опрятен  неряшлив \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  не проявляет интереса Может ли самостоятельно самостоятельно частично не может стричь ногти    Состояние полости рта  санирована  несанирована Состояние кожи  сухая  нормальная  жирная  отечность  расчесы  язвы  высыпания Способность поддерживать нормальную температуру тела Температура тела в момент обследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  понижена  нормальная  повышена Имеется  потливость  озноб  чувство жара Способность поддерживать безопасную окружающую среду Поддержание безопасности  самостоятельно  с посторонней помощью  не может Двигательные и сенсорные отклонения  да  нет  головокружение  шаткость походки  снижение чувствительности |  |



Рис.1 Туберкулез легких



Рис.2 Легочные проявления туберкулёза



Рис.3 микобактерии туберкулеза