**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**КРАСНОЯРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**Факультет высшего сестринского образования**

**Кафедра сестринского дела**

**Допущена к защите**

**Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)**

**Дипломная работа**

По специальности 040600 – Сестринское дело

**Анализ противотуберкулезных мероприятий проводимых медицинской сестрой в санаторной школе-интернате**

Студент- дипломник

Заочное отд., гр 554 (подпись) В.В. Панькова

Руководитель

к.м.н., доцент (подпись) Л.А. Мудрова

г. Красноярск 2007

**Содержание**

Введение

## Раздел 1. Организация противотуберкулезной службы в России

## 1.1 История фтизиатрии

1.2 Структура противотуберкулезного диспансера, его функции и задачи

1.3 Туберкулез у детей России: задачи медицинских работников по стабилизации уровня заболеваемости

1.4 Формы туберкулеза у детей

## 1.5 Профилактика туберкулеза иммунизацией

## 1.5.1 Химиопрофилактика

1.5.2 Санитарная профилактика

1.5.3 Социальная профилактика

Раздел 2. Материалы и методы исследования

2.1 База исследования, характеристика кадровых, материально технических ресурсов санаторной школы–интерната

2.2 Комплекс мероприятий по борьбе с туберкулезом у детей и подростков, применяемых в санаторной школе – интернате

Раздел 3 Результаты собственных исследований

3.1 Анализ противотуберкулезных мероприятий проводимых медицинской сестрой в школе-интернате

3.2 Оценка эффективности пребывания детей и подростков в санаторной школе интернате

3.3 Анализ результатов анкетирования

3.4 Роль медсестры в оказании противотуберкулезной помощи подросткам и детям

Выводы и предложения

Заключение

Литература

Приложение

**Введение**

Актуальность исследования объясняется ростом заболеваемости детского населения туберкулезом, который в последние годы стал характерной весьма тревожной тенденцией в России. Так, в 1989 г. на 100тыс. детского населения приходилось 7,4 случая заболеваемости; в 1990- 7,8; 1995 г.-11,4; в 1998г. -15,8;, а 2003г.-15,9 случаев, т.е. с 1990 г. число детей, больных туберкулезом, увеличилось более чем в два раза и продолжает расти [24].

1990-2000 гг. отмечалось увеличение заболеваемости туберкулезом, и лишь в 2005-2006 году отмечается стабилизация заболеваемости, однако смертность от туберкулеза остается высокой (умирает каждый 3 с впервые выявленным туберкулезом). На данный момент нет должной настороженности со стороны врачей и населения к туберкулезу.

В Региональном комитете по борьбе с туберкулезом сложилась напряженная эпидемическая ситуация, связанная с ростом числа заболеваний социального характера. Заболеваемость всеми формами туберкулеза в 2000 году составила 100,2 на 100 тыс. населения – с учетом всех впервые заболевших на территории края, в том числе лиц без определенного места жительства, из мест лишения свободы и др. [6].

Анализ заболеваемости по полу и возрасту показал, что мужчины заболевают туберкулезом в 2,4 раза чаще, чем женщины. Среди впервые заболевших в возрасте 20-55 лет составляют 80%, в том числе 42,7 – неработающие (в 1996 году неработающих среди впервые заболевших было 30%) [6].

Для стабилизации эпидемиологической ситуации по заболеваниям социального характера были определены следующие задачи:

* внедрение в медицинскую практику новых, более эффективных организационных форм выявления, диагностики и профилактики туберкулеза;
* лечение больных с внедрением в медицинскую практику современных технологий.

При современных экономических условиях в медицине утрачено профилактическое направление, которое необходимо срочно восстанавливать, особенно при таком заболевании, как туберкулез.

Важную роль в профилактике туберкулеза играет его своевременное выявление. Большое значение в этом имеет флюорографические исследования, бактериологические исследования диагностического материала, профилактические осмотры[9].

Особого внимания со стороны фтизиатров и врачей- терапевтов требуют лица, которые могут быть отнесены к группе повышенного риска заболеваемости туберкулезом. К ним относится алкоголики, токсикоманы, лица БОМЖ, осужденные и недавно освободившиеся из мест лишения свободы, а также страдающие хроническими неспецифическими заболеваниями легких, сахарным диабетом, психическими расстройствами, язвенной болезнью и др. Эти группы должны быть выявлены и учтены врачами.

Для успешного проведения профилактики туберкулеза необходимо уделять существенное внимание повышению резистентности населения к инфекции. Здесь важная роль принадлежит созданию специфического противотуберкулезного иммунитета за счет иммунизации вакцинами БЦЖ и БЦЖ-М.

В повышении общей реактивности организма, снижении восприимчивости макроорганизма к туберкулезной инфекции важная роль принадлежит социальной профилактике. Улучшение условий и образа жизни, стабилизация уклада жизни приводят к общему повышению защитных сил человека и снижению восприимчивости к туберкулезу. Сегодня же росту заболеваемости туберкулезом способствует целый комплекс социальных факторов: неполноценное питание большей части населения страны, рост алкоголизма, наркомании, ВИЧ-инфекция, ухудшение жилищных условий, рост числа лиц БОМЖ и др.[32].

Для современного туберкулеза характерным является то, что он вызывается МБТ, имеющей высокую устойчивость к противотуберкулезным препаратам. В настоящее время более 10% впервые выявленных больных «открытой» формой туберкулеза выделяют лекарственно-устойчивые микобактерии. Поэтому сегодня ВОЗ разработала специальную стратегию лечения больных туберкулезом – стратегию DOTS (лечение краткосрочными курсами под непосредственным наблюдением медицинских работников), которая, по мнению экспертов, является экономически эффективной и позволяющей достичь высоких результатов при лечении больных. Уже более 80 стран мира (в том числе Россия) внедрили и начали внедрять эту стратегию.

**Гипотеза исследования:**

* Изучение структуры противотуберкулезных мероприятий позволяет выявить наиболее эффективные из них в лечении и профилактике туберкулеза в настоящее время, а выявление нарушенных потребностей в связи с заболеванием и их восстановление - позволяет улучшить качество жизни больных туберкулезом.

**Цель исследования:**

* Определить причины заболеваемости туберкулезом и социальный статус детей находящихся на лечении и выявить наиболее эффективные противотуберкулезные мероприятия, проводимые медицинской сестрой в санаторной школе-интернате.

**Задачи исследования:**

1. Изучить литературные данные по работе медицинской сестры с туберкулезными больными
2. Определить структуру противотуберкулезных мероприятий в школе- интернате за 2006 год
3. Провести оценку противотуберкулезных мероприятий по документации и анкетированию, выявить нарушенные потребности больных туберкулезом и возникающие проблемы у детей настоящие и потенциальные
4. Составить рекомендации по наблюдению детей проходящих лечение в течение года

**Раздел 1. Организация противотуберкулезной службы в России**

**1.1 История фтизиатрии**

Туберкулез известен с древнейших времен. На всех языках эту болезнь называли чахоткой от слова «чахнуть». Действительно, человек, заболевший туберкулезом, медленно угасал, иногда сгорал очень быстро. О причинах существования данной болезни ходили легенды, а действенных мер помощи не было[39].

Из источников литературы о туберкулезе следует, что 5 тысяч лет до на нашей эры уже болели туберкулезом (были найдены кости позвоночника, свидетельствующие о данной патологии). Первые клинические описания туберкулеза датируются 8-9 веками нашей эры (фтиза - заболевание легких, интоксикационный синдром, кровохарканье, кровотечение легочное, большое выделение мокроты).

Данное описание собирательное, перечисленные симптомы характерны и для туберкулеза и для рака легкого, ХОБЛ и т.д. Позже фтизиатрией стала называться наука, изучающая только туберкулез. Туберкулез поражает не только легкие, в патологический процесс могут вовлекаться все имеющиеся органы (туберкулез ЦНС, глаз, гортани, трахеи, легких, бронхов, сердца, перикарда, желудка и кишечника, гениталий, почек и т.д.). Первая мысль о том, что туберкулез является инфекционным специфическим заболеванием, принадлежит Авиценне (9-10 век нашей эры), что это заболевание передается от человека к человеку, от животного человеку и т.д. В 1865 году впервые была высказана наиболее близкая к истине догадка о том, что является возбудителем туберкулеза.[28].

24 марта 1882 года Роберт Кох сделал доклад о возбудителе туберкулеза. Микобактерия туберкулеза иначе называется палочкой Коха.

В 1680 году было дано первое описание заболеваемости и смертности от туберкулеза в Лондоне (на 100 тыс. населения пришлось 80 смертей от туберкулеза). Сейчас 5 на 100 тыс. населения. В 1860 году смертность от туберкулеза в Москве составляла 470 на 100 тыс. населения, в Петербурге примерно 600 на 100 тыс. человек. В 18 веке в Петербурге обстановка по заболеваемости туберкулезом была очень неблагоприятной (нищета, трущобы, много людей жили в подвалах).

Лейб-медик императора Наполеона Лаэннек одним из первых обратил внимание на морфологическую схожесть строения туберкулезного очага - так называемый туберкулезный бугорок .[14].

Рентген позволил увидеть патологический процесс своими глазами.

В наше время одним из самых точных методов диагностики является компьютерная томография. Другой метод диагностики - проба Пирке - туберкулиновая проба.

В России борьба с туберкулезом велась и раньше (в XVIII - ХIХ вв) на пожертвования меценатов. В начале ХIХ века от туберкулеза погибало 80 человек в сутки. "Белая ромашка" - символ борьбы с туберкулезом. В апреле 1911 года в России впервые на пожертвования в размере 150 тыс. рублей началась борьба с туберкулезом. После победы Великой Октябрьской Социалистической Революции в России начали создаваться противотуберкулезные диспансеры. Борцы с туберкулезом: Воробьев, Краснобаев, Рябухин. В наши дни - академик АМН России Хоменко. Знаменитый русский хирург прошлого века И.П. Пирогов сказал: "Отделить учебное от научного нельзя"

В Европе самая низкая заболеваемость в Дании, Швеции (7-8 заболевших человек на 100 тыс.), Португалии, Греции (14 на 100 тыс.) [32].

Причины развития повышения заболеваемости туберкулезом в России: экономические; стрессовые ситуации; криминогенность общества (заболеваемость людей в местах лишения свободы в 20 раз выше); армия (высокая заболеваемость), снижение иммунитета на фоне радиации; большое количество крупного рогатого скота заражено туберкулезом, нарушен контроль продукции (заболеваемость людей, живущих рядом с фермами в 6 раз выше). [23].

**1.2 Структура противотуберкулезного диспансера**

Выявление и учет туберкулезных больных проводиться специализированными ЛПУ – противотуберкулезными диспансерами. Диспансеры в частности являются учреждениями для амбулаторного и стационарного лечения.

В регистратуре ведется учет больных по месту жительства, на каждого больных туберкулезом [21].

В регистратуре диспансера ведется учет больных по месту жительства, на каждого заводится медицинская карта, которые разложены по адресам.

Кабинеты участковых фтизиатров, которые проводят физикальное исследование. Каждый противотуберкулезный диспансер обязан иметь собственную лабораторию, где имеется гематологическая, иммунологическая, биохимическая, цитологическая лаборатории. Также существуют процедурные кабинеты. Так как основным методом диагностики туберкулеза является рентгенологический, то существует рентгеновский кабинет. Помимо этого существуют кабинеты узких специалистов - вплоть до стоматолога. Узкие специалисты, как правило, работают не на полную ставку.

Также при районном диспансере может быть стационар. Кроме того, выявленные больные в этих диспансерах берутся на учет. Таким образом, в нашей стране все больные туберкулезом состоят на учете в диспансере.

Задачи противотуберкулезного диспансера:

1. Выявление туберкулеза в наиболее ранних стадиях (выявление малых форм туберкулеза). Это те формы туберкулеза, которые характеризуются ограниченной распространенностью - небольшие очаги в виде очагового туберкулеза, ограниченные формы инфильтративного туберкулеза без распада легочной ткани и бактериовыделения. Эти формы наиболее легко и с меньшими затратами лечатся.

Методы выявления - флюорография. До 1989 года все население начиная с 12-14 лет обязано было проходить флюорографию, а некоторые категории должны были проходить 2 раза в год. На флюорографии выявляли больных туберкулезом на ранних стадиях до 80%. Каждый такой больной должен быть пройти курс лечения в стационаре. Там где на флюорограмме картина какой-то легочной патологии не ясна, таких лиц направляли на контрольную рентгенографию, где делали обзорный снимок. Если на обзорном снимке было что-то не ясно, то направляли больного на прицельный снимок [20].

Второй метод - туберкулинодиагностика. Все лица от 1 года до 30 лет должны были обследоваться один раз в год с помощь постановку реакции Манту. В основном подвергается такой диагностике детское и подростковое население - детский сады, ясли, школы. В каждой школе есть свой врач (нештатный), который следит за этой функцией. Фельдшер раз в год делает пробу Манту, анализирует реакцию, составляет список детей. Выделяет детей, у которых впервые выявилась гиперергическая реакция на туберкулин что называется виражом. Таким образом, становится ясным, кто инфицирован. Вторая группа дети с виражом - в прошлом и позапрошлом году у них реакция была нормоэргическая, а в этом гиперергическая ( папула более 17 мм в диаметре). Эти дети сразу вызывают подозрение. Дети с отрицательной пробой направляются на ревакцинацию. Дети старше 12-14 лет направляются на рентгенологическое обследование [20].

1. Вторая основная задача - лечение больных туберкулезом. До 1993 года СЭС требовала в обязательном порядке госпитализацию больного туберкулезом. Так как коечная емкость на фоне возрастания заболеваемости не увеличилась, а уменьшилась на 500 коек, то встал вопрос о лечении таких больных. Малые формы лечат амбулаторно. Больных малыми формами туберкулеза можно сразу направлять в санатории для прохождения лечения. Больные с распространенными формами, хроники, впервые выявленные больные с распадом проходят курс лечения в стационаре.

Лечение больных туберкулезом задача достаточно не простая. Основным методом лечения туберкулеза является хорошее питание. Больным туберкулезом необходима очень калорийная пища (3300 - 3600 ккал/сут), что требует определенных затрат.

Химиотерапия при туберкулезе применяется с 1943 года, когда американский исследователь, бактериолог Ваксман предложил стрептомицин. Затем появился изониазид, ПАСК и др.

Помимо питания и химиотерапии нужны витамины, антиоксиданты. Очень многим больным необходимо проводить регидратационную терапию. Если консервативные методы лечения не помогают, и если есть возможность прооперировать больного, то его направляют на оперативное лечение.

1. Третьей задачей является соблюдение преемственности. Больной с выявленным туберкулезом должен обязательно направляться в стационар, но в современных условиях это необязательно. После проведенного лечения в стационаре больной направляется в санаторий. Затем больной снова направляется в диспансер, для наблюдения до полного выздоровления.
2. Профилактика туберкулеза. Специфическая, социальная, санитарная.

Диспансер проводит работу по следующим основным направлениям:

1. профилактика туберкулеза (организация профилактической вакцинации и ревакцинации, санация очагов туберкулезной инфекции; химиопрофилактика, санитарное просвещение);
2. своевременное выявление заболевших туберкулезом (контакт с общей медицинской сетью массовые профилактические осмотры);
3. систематическое наблюдение за контингентами диспансера;
4. организация комплексного лечения (проведение антибактериальной и патогенетической терапии в амбулаториях и домашних условиях, лечебная работа в стационаре и вспомогательных учреждениях и др.);
5. реабилитация больных туберкулезом и их рациональное трудоустройство;
6. планирование борьбы с туберкулезом в районе.

**1.3 Туберкулез у детей России: задачи медицинских работников по стабилизации уровня заболеваемости**

К причинам увеличения заболеваемости туберкулезом детей в России относят: ухудшение условий жизни значительной части населения; рост социальной напряженности в обществе; интенсификация миграционных процессов за счет беженцев из бывших союзных республик и очагов этнических конфликтов на территории России; ухудшение экологической ситуации в ряде регионов РФ; значительное уменьшение объема и снижение качества мероприятий по профилактике и раннему выявлению туберкулеза. Нельзя не учитывать и социальный фон, оказывающий эмоционально-психологическое влияние на детское население, которое ведет к стрессовым реакциям, снижению сопротивляемости к специфической инфекции. При этом наибольшую эпидемическую опасность для детей представляют взрослые, больные туберкулезом, не состоящие на учете в противотуберкулезных диспансерах (т.е. неустановленные источники туберкулезной инфекции). Контроль фтизиатров за данным контингентом невозможен, и профилактические мероприятия для детей из «неизвестного» контакта проводиться также не могут. Вышеизложенное позволяет прогнозировать и дальнейшее распространение туберкулезной инфекции среди детского населения.[24].

По официальным статистическим данным, представляемым в Минздравсоцравития РФ из регионов России, общий показатель числа заболевших вырос преимущественно за счет впервые инфицированных микробактериями детей дошкольного и младшего школьного возраста, детей из семей мигрантов, групп риска.

Так, несмотря на существующие методы профилактики туберкулеза в группах риска, за последние годы в России в два раза увеличилась заболеваемость детей из туберкулезных очагов и достигла в 2003 году 485,1 случая на 100 тыс. детей (1/10 от всех заболевших детей). Увеличилось число заболевших туберкулезом детей из контингентов, наблюдаемых в противотуберкулезных диспансерах (ПТД) в связи с впервые положительной или гиперергической пробой Манту. Их количество составляет ¼ от всех впервые выявленных детей с активным туберкулезом. Данный факт можно объяснить увеличением резервуара инфекции, который привел к тому, что число впервые инфицированных туберкулезом детей за последнее десятилетие увеличилось более чем в два раза. Эти дети составляют более 2% от всего детского населения и ежегодно ставятся на учет в противотуберкулезные диспансеры. Нельзя не отметить тот факт, что в территориях, где хорошо поставлена работа по диагностике и качественному профилактическому лечению в группах риска, отсутствуют случаи заболевания детей и из данной категории [7].

**1. 4 Формы туберкулеза у детей**

В структуре туберкулеза у детей в России преобладают малые и несложненные его формы с поражением внутригрудных лимфатических узлов. Внелегочные тяжелые формы туберкулеза у детей составляют не более 10%. Так, при росте уровня общей заболеваемости детей продолжается уменьшаться число случаев туберкулезного менингита (в1996г.- 38 детей, в 2003г.-35) [7], остается стабильным число больных костно-суставным туберкулезом, урологическим, с поражением периферических лимфатических узлов.

Статистические показатели по туберкулезу в разных регионах России сильно различаются. Так, показатель заболеваемости в 2003 году колебался от 3,0 на 100 тыс. в Мурманской области, до 117,4 – в Камчатской области. Объяснить данный факт особенностью распространения туберкулеза нельзя. Наиболее стабильными данными из года в год отмечаются в Северном, центральном, центрально-Черноземном и Уральском районах. Однако и в этих территориях выделяются отдельные области с большим числом заболевших детей. Таковыми являются Рязанская, Кировская, астраханская, Курганская и Ярославская области, а также г. Санкт-Петербург [33].

Высокими в течение ряда лет сохраняются показатели заболеваемости детей туберкулезом в республиках Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Алтай, Дагестан и Тува, а также в Кемеровской, Тюменской, Иркутской, Камчатской, Калининградской областях и в Красноярском крае.

Большую тревогу вызывает число впервые выявленных детей с остаточными посттуберкулезными изменениями. Этот факт подтверждают позднюю диагностику заболевания. Число таких детей ежегодно составляет не менее 1,5 тыс. (в 2003 г.- 1455 больных). Дети с такими изменениями подвержены наибольшему риску в отношении рецидива заболевания (особенно в подростковом и юношеском возрасте) и формирования устойчивости микробактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. Заболеваемость из этой группы риска в детском возрасте в два раза превышает показатель заболеваемости вследствие контакта с больным туберкулезом: в 2003 году он составил 1195,6 на 100 тыс. детей. Смертность как показатель эпидемиологии отражает уровень диагностики и лечения туберкулеза. У детей она свидетельствует и об уровне профилактики. Показатель смертности детей от туберкулеза в России остается пока стабильным и колеблется в последние два десятилетия от 0,16 до 0,11 на 100 тыс. детей. Умирают дети от туберкулеза преимущественно в возрасте до года после контакта с больными при отсутствии или некачественном проведенной вакцинации при рождении. Данный факт обязывает нас улучшить качество подготовки специалистов по вакциннопрофилактике [33].

Таким образом, согласно официальным статистическим показателям по детскому туберкулезу в России четко прослеживается тенденция ежегодного ухудшения эпидемиологической ситуации за счет увеличения числа впервые выявленных детей с туберкулезом, преимущественно в виде его малых не осложненных форм. В целом в стране растет инфицированность туберкулезом детского населения и число лиц с остаточными посттуберкулезными изменениями, что позволяет констатировать наличие среди населения большого неучтенного резерва инфекции.

Получается, что взрослые инфицируют детей туберкулезом, после чего у последних формируются остаточные посттуберкулезные изменения, которые могут деактивироваться в любом возрасте. Эти дети всю жизнь будут находиться в группе риска по заболеванию и инфицированию будущего поколения. Справиться с инфекцией возможно только при условии приоритетности в системе мероприятий по борьбе с туберкулезом действий по защите детей от инфицирования и заболевания.

Однако добиться уменьшения числа больных детей в настоящее время нельзя. Можно только стабилизировать показатели заболеваемости детей туберкулезом, что на фоне общего ухудшения эпидемиологической ситуации возможно благодаря широко проводимым профилактическим мероприятиям: прививки БЦЖ, туберкулинодиагностики и профилактическому лечению детей из групп риска по заболеванию. Учитывая рост заболеваемости туберкулезом детей в определенных группах населения, необходимо все усилия направить на работу с группами риска по заболеванию (впервые инфицированными туберкулезом, детьми из семей мигрантов и их социально дезадаптированных групп населения) [7].

**1.5 Профилактика туберкулеза**

Профилактика туберкулеза состоит из 3 «С» - специфическая, санитарная, социальная. Возбудитель туберкулеза был открыт Р. Кохом в 1882 году, он и стал работать над профилактикой туберкулеза. Эпидемией туберкулез считается тогда когда болеет в каком-то регионе более 1% населения. В конце 19 века была пандемия туберкулеза. Р. Кох своими работами в 1892 году, разработал метод профилактики предложил туберкулин, испытал на себе (ввел в мышцу) и некоторое время лихорадил, слег, его обследовали и выявили туберкулез. Эта парадоксальная реакция погубила его. Весь мир сразу поставил под сомнение истинность открытия возбудителя туберкулеза, и стали утверждать что туберкулез вызывается вирусной инфекцией (Р. Кох культуру которую вырастил, отфильтровал через фарфоровый фильтр). Только в 1907 году австрийский врач барон фон Пирке показал иммунологическими исследованиями что возбудителем является Mycobacterium tuberculosis, открыл явление аллергии, иммунногенность Mycobacterium tuberculosis. И.И. Мечников активно занимавшийся бактериологией показал в последующие годы, что Mycobacterium tuberculosis обладает определенными свойствами, одно из которых ярко выраженная изменчивость под действием различных факторов (облучение, культуры и т.д.). В первую очередь Mycobacterium tuberculosis меняет свою вирулентность (степень патогенности). На основе этого качества Mycobacterium tuberculosis французские ученые Кальмет и Жеррен поставили цель сделать так , чтобы возбудитель утратил свои патогенные свойства. В 1908 году они начали свою работу, они взяли Mycobacterium tuberculosis bovinus и выращивали его на питательной среде, которая состояла из картофельного агара, с добавлением желчи и др. И в 1921 они закончили, сделав 233 пересева с одной среды на другую. Эта настойчивость увенчалась успехом. Кальметт проверил штамм на морских свинках (самое чувствительное животное к микобактерии), морские свинки после заражения не погибали, это было доказательством того, что штамм утратил свою патогенность. После этого они проверили вакцину на человеке. Так как вакцина представляла собой штамм со средой. Они взяли новорожденного ребенка, который родился у матери больной открытой формой туберкулеза (бабушка также болела туберкулезом). Они двукратно дали вакцину внутрь и малыш впоследствии живя в окружении бактериовыделителей не заболевал туберкулезом, что явилось доказательством того что вакцина является иммуногенной. Впоследствии оказалось что она не абсолютно иммуногенна, но она создает иммунитет, который защищает организм. При внедрении вакцины были трагические моменты - в Германии при вакцинации населения перепутали вакцинальный штамм и с высокопатогенным и 235 малышей заболели и Кальмета посадили в тюрьму, за создание «ложной вакцины». Затем было все опровергнуто, и Кальмета выпустили .[37].

У нас вакцина появилась в 20-х годах, официально эта вакцина была зарегистрирована в Минздраве в 1936 году, тогда же был издан указ об обязательной вакцинации всего населения. Но на нашей территории вакцина с 2-х недельным сроком хранения не распространилась должным образом. В 1961 году зарегистрирована новая сухая вакцина БЦЖ со сроком годности 12 недель и с этого времени проводится поголовная вакцинация детей уже в роддоме ( на 5-7 день рождения). Эта вакцина выпускается в ампулах, в каждой содержится 1 мг вакцины ( 20 вакцинальных доз). Выпускаются в коробках в 5 ампул + 5 ампулл растворителя (физиологического раствора).

Медсестра или фельдшер, имеющие право на вакцинацию растворяют содержимое ампулы в растворителе. Одна доза составляет 0.1 мл, вакцинацию проводят туберкулиновым шприцом со специальной градуировкой. Набирают 2 дозы - 0.1 мл вводится строго под кожу, остальная часть расходуется на заполнение шприца[9].

Далее идет процесс формирования иммунитета. После введения вакцины мать с ребенком выписывают домой и постепенно развивается реакция - возникает воспаление, припухлость, иногда на этом все и заканчивается, что свидетельствует о том, что вакцина не качественная - утратила вирулентность и патогенность, иммуногенность. Если вакцина качественная то на фоне воспаления, в центре припухлость появляется язвочка, которая заполняется грануляциями и постепенно заживает. Заживление продолжается 1.5 - 2 месяца, редко до 5 месяцев. На месте язвочки остается пигментная папулка, по которой судят о выполнении прививки (делают в левое плечо). При подозрении на туберкулез делается проба Манту - если есть пышная папула, с гиперергической реакцией (размер папулы более 17 мм) тогда нужно обследовать ребенка в диспансера. Но если реакция в пределах 5-7 мм, то можно сказать что туберкулеза нет [9].

***Бывают противопоказания для вакцинации:***

1. недошенность (менее 2400). Только тогда, когда ребенок достигает нормального веса можно делать вакцинацию
2. гемолитическая ярко выраженная желтуха. Можно вакцинировать после исчезновения желтухи.
3. если в роддоме у ребенка развилась какая-либо инфекция
4. если имеется пиодермия

 Иммунитет держится в пределах 5 лет, поэтому для того чтобы защитить ребенка надо проводить ревакцинацию. В нашей стране ревакцинация проводится трехкратно. Первая ревакцинация проводится в 7 лет (принято потому что удобно - дети идут в школу). Сейчас делают ревакцинацию при выпуске из детского возрасте. Вторую и третью ревакцинацию проводят в 5 и 10 классе [7].

 Формирование иммунитета идет таким же образом, но как правило, слабовыраженные проявления - язвочка может не формироваться, может быть пустулка, которая рассасывается. После 17 лет ревакцинация проводится только по **показаниям**:

1. контакт молодого человека с больным туберкулезом (семьи где один член семьи болеет, и есть лица до 30 лет). После 30 лет ревакцинацию не проводят так как считается что человек после 30 инфицирован.

***Противопоказания к ревакцинации:***

1. наличие инфицированности туберкулезом. В процессе жизни большинство населения инфицируется, но заболевает небольшая часть, ревакцинация в данном случае не имеет никакого смысла.
2. наличие какой-то аллергии, в частности все болезни носят аллергический характер, и в первую очередь бронхиальная астма (резкое обострение при ревакцинации, вплоть до астматического статуса).
3. наличие кожных поражений - пиодермия, юношеские вульгарные угри и т.п.
4. наличие осложнений при предыдущих ревакцинациях.

***Осложнения вакцинации и ревакцинации:***

1. изъязвления вместе введения вакцины, язва размера более 10 мм
2. келоид на месте рубца
3. лимфаденит, величина лимфоузлов более 15 мм

**1.5.1 Химиопрофилактика**

Химиопрофилактика проводится изониазидом в дозе 10 мг на кг веса, проводится в весенне-осенний период сроком 2-3 месяца.

Профилактике подлежат:

1. дети и подростки ,находящиеся в контакте с туберкулезными больными
2. лица, переболевшие туберкулезом и в легких или других органах имеются остаточные являения, выражающиеся в форме фиброзных полей, рубцов, кальцинатов (петрификатов). Так как в рубцах Mycobacterium tuberculosis может жить многие годы и в условиях стресса, ослабления иммунитета (особенно обусловленное вирусной инфекцией).
3. больные сахарным диабетом. Среди многих заболеваний при сахарном диабете пораженность туберкулезом очень высока. Эти два заболевания являются друзьями.
4. лица страдающие язвенной болезнью, особенно при наличии остаточных явлений после перенесенного туберкулеза (в легких, лимфоузлах). Об этих изменениях человек может и не знать.
5. лица больные хроническими заболеваниями, постоянно принимающие глюкокортикоиды. Гормоны влияют на уровень иммунитета и способствуют заболеванию туберкулезом при контакте с больными.
6. лица, имеющие профессиональные заболевания легких - пневмокониозы, при которых угроза заболеть туберкулезом высока.

Такая система химиопрофилактика помогла снизить заболеваемость туберкулезом.

**1.5.2 Санитарная профилактика**

Санитарная профилактика складывается из следующих моментов:

1. изоляция больных туберкулезом с бактериовыделением
2. правильная и систематическая дезинфекция мест нахождения больного
3. санитарная пропаганда

Изоляция. С 20-х годов было узаконено, что семьи где находится больной туберкулезом с бактериовыделением обязательно подлежат расселению. До 1991 года давали жилплощадь. Если в семье имеется двое больных - муж и жена и выписывается ребенок из роддома то необходимо с целью безопасности лучше изоливарать малыша на 2-3 месяца для формирования иммунитета (госпитализируются в диспансер).

Расселению подлежать лица больные туберкулезом.

Дезинфекция широко применяется и не утратила свое значение. Проводится хлорамином, хлорной известью. Хлорамин в 1-2% растворе (применяется в лечебных учреждениях) не эффективен против Mycobacterium tuberculosis, поэтому используют большие концентрации. Проводят влажную уборку, 2 раза в день. При изоляции больного проводится заключительная дезинфекция силами дезстанциями города - обрабатывается все помещение, вещи и одежда отправляется в дезкамеру. Текущая дезинфекция включает также : отдельная посуда, обязательная обработка хлорамином (замачивание в течение 5 часов). Лучше советовать кипятить в 2% растворе соды (горячий раствор убивает Mycobacterium tuberculosis моментально). Обычно советуют взять 60 соды на 3-х литровую банку.

Постельное и нательное белье должно быть прокипячено. Желательно чтобы в помещении, где живет больной, не было ковров, потому что при кашле пылинки оседают на мебели, коврах.

Важная мера санитарной профилактике - недопущение больных туберкулезом к работе с детьми, в системе общественного питания и сфере обслуживания [13]. Запрет на некоторые профессии:

1. все профессии, связанные с контактом с детьми - воспитатели, учителя и др.
2. все профессии, связанные с коммунальным обслуживанием
3. профессии, связанные с транспортом (проводники, стюардессы и др.).

всего около 20 профессий.

**1.5.3 Социальная профилактика**

Прежде всего эта работа лежит на властях.

1. каждый больной туберкулезом имеет право на отдельную жилую площадь
2. право на больничный лист в течение 10-12 месяцев
3. все больные туберкулезом имели право на отпуск только в летний период
4. все больные туберкулезом на производстве имеют право на бесплатное диетическое питание
5. каждый больной, переболевший и его родственники имеют право на бесплатное санаторное лечение в течение 2-3 месяцев

Санитарная пропаганда: ею должна заниматься власть - печатные листовки о заболевании в общественных местах, телевидение, радио и др.

Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

Финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.[[1]](#footnote-1) [1]

**Раздел 2. Материалы и методы исследования**

**2.1 База исследования, характеристика кадровых, материально-технических ресурсов санаторной школы -интерната**

Школа – интернат является лечебно-профилактическим учреждением санаторного типа, предназначенный для проведения лечебной и оздоровительной работы среди учащихся.Санаторная школа-интернат № 1 для детей и подростков с малыми и затихающими формами туберкулеза является одним из важнейших звеньев в плане лечения детского туберкулеза. Основной задачей школы является проведение профилактического лечения туберкулеза и оздоровления детей. Рассчитана школа на 180 мест, посещают ее дети от 7 до 16 лет. Направляются в школу дети и подростки, состоящие на учете в детском противотуберкулезном диспансере с диагнозом: локальные формы туберкулеза, вираж тубпроб, инфицированные туберкулезом и контактные по туберкулезу дети. В школу принимаются дети по направлению врача фтизиатра противотуберкулезного кабинета.

Здание школы типовое, в кирпичном исполнении, 3-х этажное, с центральным отоплением, канализацией и водоснабжением. Общая площадь интерната 4040 м кв. В здании школы имеется 9 классных комнат, 18 спальных, туалетные, умывальные комнаты и раздевалки для каждого класса. Имеется спортивный зал, тренажерный залы, актовый зал, компьютерный класс, кабинет психолога, комната для хореографии, кабинет музыки, кабинет для обслуживания труда девочек, мастерские для труда мальчиков, комната гигиены для девочек, зал для занятий Л.Ф.К., библиотека, столовая, пищеблок, склад для хранения продуктов, прачечная. Также имеется кабинет врача, физиокабинет, зубной кабинет, изолятор на 7 коек и процедурный кабинет. Кабинеты оснащены медицинским оборудованием. В физиокабинете есть УВЧ, тубус-кварц, кварц переносной, два ингалятора ультрозвуковых «Муссон», соллюкс, ионизатор воздуха, плантограф, весы медицинские, ростомер, тонометры. В зубном кабинете бормашина высокочастотная с креслом, набор стоматологических инструментов, сухожаровый шкаф. В зимнее время работает фитобар. С сентября 2004 года в школе работает кабинет галотерапии.

Медицинскими кадрами Ачинская санаторная школа-интернат укомплектована полностью: 2 врача – фтизиатр и педиатр, 4 медицинские сестры.

Принцип работы школы – лечебно-профилактический. В начале учебного года составляется план работы на весь учебный год, и работа осуществляется в соответствии с планом.

***Предмет исследования:***

* противотуберкулезные мероприятия проводимые в школе-интернате

***Объект исследования****:*

* учащиеся школы интерната

***Методы исследования***

* Статистический метод.
* Социологический метод.
* Метод системного анализа, анкетирование

***Материал исследования:***

1. Статистические данные годовых отчетов организационно-методического отдела школы-интерната г. Ачинска
2. Данные социологического опроса
3. Медицинские карты форма 026/у

***Этапы исследования:***

1. Составление программы и плана исследования.
2. Сбор материала.
3. Статистическая обработка данных.
4. Анализ исследования, выводы.

***Обработка материала проводилась с помощью следующих программ*:**

* Microsoft Word
* Microsoft Excel
* Microsoft Power Point

***Место проведения исследования:***

* КГОУ «Ачинская санаторная школа-интернат»

**2.2 Комплекс мероприятий по борьбе с туберкулезом у детей и подростков проводимые в школе интернате**

В комплексе мероприятий по борьбе с туберкулезом у детей и подростков необходимо применять следующие методы

* ***Метод специфической профилактики туберкулеза у детей***

Основными целями специфической вакцинации защита детей раннего и младшего возраста и подростков от заболевания осложненными и распространенными формами туберкулеза, а также ликвидация смертности детского населения от туберкулеза.

Защита осуществляется с помощью вакцинации и ревакцинации препаратами БЦЖ БЦЖ-М, которые проводят медицинские работники общей педиатрической лечебной сети. Финансирование данных мероприятий должно осуществляться централизованно органами здравоохранения федерального уровня.

Специфическая вакцинация против туберкулеза в условиях эпидемического неблагополучия является обязательной для детей раннего возраста, показана в первые 3-5 суток после рождения в условиях родильного дома или другого специализированного учреждения и должна проводиться специально обученными медицинскими сестрами. При этом необходимо требовать от медицинского персонала строгого соблюдения техники введения вакцины и правил вакцинации против туберкулеза и добиться:

* Охвата вакцинацией не менее 95% от числа новорожденных;
* Профилактического обследования на туберкулез всего домашнего окружения новорожденных к моменту выписки из родильного дома;
* Использования вакцины БЦЖ-М для вакцинации всех новорожденных в территориях с удовлетворительной эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

 Ревакцинация против туберкулеза проводиться только вакциной БЦЖ. В условиях эпидемического неблагополучия она показана в возрасте 7 и 14 лет.

* ***Метод активного выявления туберкулеза у детей и подростков***

Основным методом активного выявления туберкулеза у детей является туберкулинодиагностика; у подростков – туберкулинодиагностика в сочетании с лучевыми методами. Ежегодная проверка внутрикожной реакции Манту с 2ТЕ у всего детского населения России (массовая туберкулинодиагностика) позволяет выявить до 2/3 случаев заболевания туберкулезом (в 2003 г профилактическим методом выявлено 78%). Этот метод обеспечивает диагностику малых неосложненных форм, требующих проведения коротких курсов химиотерапии с излечением без остаточных изменений.

Цель туберкулинодиагностики – выявление инфицированных туберкулезом для последующего профилактического лечения и отбор детей декретированных возрастов для специфической вакцинации БЦЖ.

В условиях эпидемического неблагополучия при риске инфицирования более 1% (в 2003 г он составил 1,8%) показано ежегодное проведение реакции Манту с 2ТЕ всему детскому и подростковому населению.

В подростковом возрасте туберкулинодиагностика должна проводиться в сочетании с другими методами выявления туберкулеза (лучевыми и бактериостатическими), применяемыми среди взрослого населения. Для подростков интервал между туберкулинодиагностикой и данными методами должен составлять не менее 6 мес.

Туберкулинодиагностика проводится всем детям и подросткам при подозрениях на туберкулез. Ее проводят только специально обученный средний медицинский персонал в организованных детских коллективах.

* ***Профилактическое (превентивное) лечение туберкулеза***

Целью превентивного лечения является предупреждение развития болезни у детей и подростков, впервые инфицированных туберкулезом и/или входящих в группу риска по заболеванию туберкулезом. **Это лечение должно быть приоритетным в работе детской медицинской службы.**

 Организация превентивного лечения проводиться дифференцированно в зависимости от факторов риска по заболеванию. При наличии специфических факторов риска (отсутствии БЦЖ, контакт с больным туберкулезом и др.), показано обязательное проведение превентивного лечения в условиях стационара или санаторно-оздоровительных учреждений; в остальных случаях показания, объем и место проведения профилактического лечения определяется индивидуально. Профилактическое лечение проводиться средним медицинским персоналом в организованных коллективах (детских садах, школах, специализированных медицинских учреждениях).

* ***Организация лечения детей и подростков, больных туберкулезом***

Лечение больных туберкулезом детей проводиться под наблюдением врача-фтизиатра противотуберкулезного учреждения, который несет ответственность за правильность и эффективность лечения.

Содержание основных компонентов лечения больных туберкулезом регламентируется нормативными и методическими документами Минздрава России, содержащим протоколы лечения. Эти протоколы представляют собой стандартизованные схемы лечения определенных категорий больных туберкулезом, лечение которых должно осуществляться по единому плану и приводить к определенным результатам в конкретные сроки. Показания к применению той или иной схемы проведения лечения определяются исходя из тяжести туберкулезного процесса и/или фоновых заболеваний; эпидемической опасности больного; материально-бытовых условий его жизни и уровня социальной адаптации; особенностей местных условий.

Таким образом, проблема туберкулеза у детей и подростков в современных условиях имеет отличия от общепринятых понятий об этом заболевании. Изменился сам туберкулез, появились лекарственно-устойчивые формы заболевания, заражения которыми приводит к тяжелому течению процесса, необходимости оперативного лечения с последующей инвалидизацией ребенка. Общепринятое профилактическое лечение не защищает от заболевания. Туберкулезом стали болеть дети из социально благополучных семей при наличии рационального питания и ведении правильного образа жизни. Эти факты требуют усиления профилактической работы со стороны всего медицинского персонала, независимо от места работы.

**Раздел 3. Результаты собственных исследований**

**3.1 Анализ противотуберкулезных мероприятий проводимых медицинской сестрой в школе-интернате**

***Общая характеристика учащихся школы***

Возрастной состав учащихся от 7 до 16 лет.

*Таблица№1*

**Количество учащихся в школе-интернате по половому признаку и классам за 2004-2006 гг.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Классы** | **Года** |
| **2004** | **2005** | **2006** |
| Общее количество детей в классе  |
| 1 класс | мальчики | 7 | 25 | 8 | 23 | 9 | 23 |
| девочки  | 16 | 15 | 14 |
| 2 класс | мальчики | 9 | 22 | 7 | 20 | 6 | 20 |
| девочки  | 13 | 13 | 14 |
| 3 класс | мальчики | 6 | 20 | 7 | 20 | 7 | 19 |
| девочки  | 14 | 13 | 12 |
| 4 класс | мальчики | 9 | 22 | 9 | 23 | 8 | 22 |
| девочки  | 13 | 14 | 14 |
| 5 класс | мальчики | 8 | 20 | 8 | 19 | 9 | 20 |
| девочки  | 12 | 11 | 11 |
| 6 класс | мальчики | 11 | 21 | 8 | 18 | 10 | 21 |
| девочки  | 10 | 10 | 11 |
| 7 класс | мальчики | 12 | 18 | 13 | 21 | 11 | 20 |
| девочки  | 6 | 8 | 9 |
| 8 класс | мальчики | 8 | 15 | 8 | 17 | 7 | 15 |
| девочки  | 7 | 9 | 8 |
| 9 класс | мальчики | 9 | 19 | 9 | 19 | 8 | 19 |
| девочки  | 10 | 10 | 11 |
| **Всего**  | **180** | **180** | **179** |

Как видно из таблицы № 1 количество учащихся, находящихся на лечении в санаторной школе-интернате в 2006 существенно не отличается от 2005 и 2004 годов. Мальчики и девочки в различных возрастных группах страдают туберкулезом в равной степени.

*Таблица № 2*

**Социальная характеристика учащихся школы - интерната за 2006 год**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Число обследованных | % объема выборки |
| Объем выборки  | 179 | 100 |
| **Тип семьи** |
| Полная (оба супруга) | 116 | 64,8% |
| Не полная (разведенные, вдовствующие, мать-одиночка, опекуны) | 63 | 35,2% |
| **Число членов семьи**  |
| Два | 12 | 6,7% |
| Три | 67 | 37,4%  |
| Более трех  | 100 | 55,9% |
| **Количество детей в семье**  |
| Один  | 69 | 38,5% |
| Два  | 87 | 48,7% |
| Три и более  | 23 | 12,8% |
| **Уровень образования родителей (глава семьи)** |
| Высшее | 37 | 20,7% |
| Среднее специальное | 123 | 68,7% |
| Среднее  | 19 | 10,6% |
| **Степень занятости родителей в труде** |
| Работают оба родителя | 89 | 49,7% |
| Работает один из родителей | 79 | 44,2% |
| Не работают | 11 | 6,1% |
| **Жилищные условия родителей**  |
| Отдельная квартира | 53 | 29,7% |
| Собственный дом | 19 | 10,6% |
| Нет постоянного жилья  | 21 | 11,7% |
| Проживают с родственниками  | 86 | 48% |

Как видно из таблицы № 2 большинство семей учащихся школы-интерната являются полными и это составляет 64,8% от общего количества учащихся и 35,2% учащихся имеют не полную семью, при этом наибольший процент 48,7% двухдетные семьи и 12,8% семей имеют трех и более детей. По уровню образования родителей наибольший процент 68,7% имеют среднее специальное образование, и наименьший процент 10,6% имеют только среднее образование. По степени занятости родители распределились следующим образом, в большинстве семей учащихся школы-интерната работают оба родителя и это составило 49,7% от общего числа исследуемых, в 79 случаев работает один родитель, что составляет 44,2% от общего числа семей, также 6,1% семей, где оба родителя не работают. При изучении жилищных условий, только 29,7% имеют отдельную квартиру, 10,6% имеют собственный дом, наибольшее количество семей 48% проживает с родственниками, также 11,7% семей учащихся не имеют постоянного жилья. Приведенные цифры показывают, что социальная характеристика семей учащихся, находящихся на лечении, в основном удовлетворительная и всем детям при рождении проводилась БЦЖ в роддоме.

Диаграмма № 1

**Количество детей в семье**

Диаграмма №2

**Степень занятости родителей в труде**

Диаграмма № 3

**Характеристика жилищных условий родителей**

*Таблица № 3*

**Диагнозы детей и подростков при поступлении в санаторную школу-интернат за 2006 год в зависимости от класса обучения**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Класс** | **Диагноз** | **мальчики** | **девочки** | **Всего** |
| 1 класс | Вираж туберкулиновой пробы | 4 | 5 | 9 |
| Туберкулезный контакт  | 4 | 5 | 9 |
| Туб. инфицирование  | 1 | 4 | 5 |
| 2 класс | Вираж туберкулиновой пробы | 1 | 2 | 3 |
| Туберкулезный контакт  | 2 | - | 2 |
| Туб. инфицирование  | 3 | 12 | 15 |
| 3 класс | Клиническое излечение ПТК | 1 | 1 | 2 |
| Туберкулезный контакт  | 1 | 3 | 4 |
| Туб. инфицирование  | 5 | 8 | 13 |
| 4 класс | Вираж туберкулиновой пробы | - | 2 | 2 |
| Туберкулезный контакт  | 4 | 7 | 11 |
| Туб. инфицирование  | 4 | 5 | 9 |
| 5 класс | Вираж туберкулиновой пробы | 2 | 1 | 3 |
| Туберкулезный контакт  | 1 | 4 | 5 |
| Туб. инфицирование  | 3 | 6 | 9 |
| Клиническое излечение ПТК | 1 | 2 | 3 |
| 6 класс | Вираж туберкулиновой пробы | 1 | 3 | 4 |
| Туберкулезный контакт  | 3 | 2 | 5 |
| Туб. инфицирование  | 6 | 6 | 12 |
| 7 класс | Вираж туберкулиновой пробы | - | 1 | 1 |
| Туберкулезный контакт  | 2 | 4 | 6 |
| Туб. инфицирование  | 6 | 7 | 13 |
| 8 класс | Клиническое излечение ПТК | 1 | - | 1 |
| Туберкулезный контакт  | - | 1 | 1 |
| Туб. инфицирование  | 6 | 7 | 13 |
| 9 класс | Очаговый туберкулез левого легкого в фазе уплотнения  | 1 | - | 1 |
| Вираж туберкулиновой пробы | 1 | - | 1 |
| Туберкулезный контакт  | 2 | 5 | 7 |
| Туб. инфицирование  | 5 | 5 | 10 |

Таблица № 4

**Процентное соотношение заболеваемости детей поступивших**

**в школу-интернат за 2006 год**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Диагноз** | **Количество случаев**  | **% объема выборки** |
| Вираж туберкулиновой пробы | 23 | 12,8% |
| Туберкулезный контакт  | 50 | 28% |
| Туб. Инфицирование  | 99 | 55,3% |
| Клиническое излечение ПТК | 6 | 3,3% |
| Очаговый туберкулез левого легкого в фазе уплотнения  | 1 | 0,6%  |

Из таблицы №4 видно, что туб. инфицирование превышает другие диагнозы и составляет 55,3%, от всех учащихся школы-интерната.

Диаграмма №4

**Структура заболеваемости детей поступивших**

**в школу-интернат за 2006 год**

На основании оценки состояния здоровья детей, наличия или отсутствия хронических заболеваний, уровня функционального состояния основных систем организма, степени резистентности к инфекционным заболеваниям и оценки физического и нервно-психического развития детей выделяют пять групп здоровья:

I. Здоровые дети с нормальным уровнем физического развития и нормальным уровнем основных функций.

II. Дети, имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, часто болеющие дети:

А. Подгруппа краткосрочных (менее 6 мес.) врачебного наблюдения (рековалесценты после хирургических вмешательств, травм, перенесенных пневмоний и других инфекций, острых заболеваний, потребовавших госпитализации, дети с начальными проявлениями рахита, гипотрофии, анемии).

Б. Подгруппа длительного врачебного наблюдения (умеренная миопия, аномалии прикуса, негрубые нарушения осанки, функциональные шумы в сердце, увеличение щитовидной железы в пубертатном периоде и др.).

III. Больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации с сохранением функциональных возможностей организма.

IV. Больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсациии со сниженными функциональными возможностями, но без значительного нарушения самочувствия.

V. Страдающие хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, находящиеся в стационаре или на постельном режиме.

Таблица № 5

Распределение детей и подростков по группам здоровья

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2004г. | 2005г. | 2006г. |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| I группа | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| II группа | 136 | 75,5 | 135 | 75,0 | 141 | 78,7 |
| III группа | 44 | 24,5 | 45 | 25,0 | 38 | 21,3 |
| IV группа | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| V группа | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Диаграмма № 5

Распределение детей и подростков по группам здоровья

Из диаграммы №5 видно, наибольшей процент составляют дети второй группы здоровья, т. е. дети, требующие лечебно оздоровительных мероприятий. Детей и подростков с первой группой нет, так как это не соответствует специфике санаторной школы. Количество детей третьей группы в 2006 году отмечено уменьшение, что указывает на эффективность противотуберкулезных мероприятий.

Таблица №6

**Заболеваемость детского населения всеми формами туберкулеза**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| год | Город | Район |
| 2004 | 5 | 1 |
| 2005 | 0 | 0 |
| 2006 | 3 | 0 |

Таблица №7

**Заболеваемость по возрасту**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Год | 0-2 лет | 3-6 лет | 7-14 лет |
| 2004 | 0 | 2 | 4 |
| 2005 | 0 | 0 | 0 |
| 2006 | 1 | 0 | 2 |

Из представленных данных в таблицах 6, 7 очевиден волнообразный рост заболеваемости туберкулезом детей в городе. По возрасту пик заболеваемости приходится на школьный период.

Таблица №8

**Распространенность туберкулеза**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | Абсолютное число | На 100 тыс. Населения |
| 2004 | 6 | 26,6 |
| 2005 | 2 | 9,2 |
| 2006 | 4 | 18,6 |

Из представленных данных виден волнообразный рост распространенности туберкулеза, что характеризует неблагоприятную эпидемическую ситуацию.

В санаторной школе – интернате для детей и подростков обращается большое внимание на мероприятия по санитарно-гигиеническому режиму, которые строится дифференцированно с учетом возрастных особенностей и различной степени учебной нагрузки учащихся 1-4 классов, учащихся 5 классов и учащихся 6-9 классов. Характерной особенностью режима является:

* пребывание детей и подростков на свежем воздухе до 3 часов в день;
* достаточная продолжительность сна /для учащихся начальных классов в режим дня включён дополнительный сон после обеда/;
* рациональное питание;
* правильное чередование учебных занятий с отдыхом и обеспечения комплекса лечебно – оздоровительных мероприятий.

 Для сохранения работоспособности, большей эффективности занятий соблюдаются следующие правила:

* длительность урока 40 минут, 3 минуты из них используются для физкультурной паузы;
* первоклассникам для облегчения адаптации в сентябре вводится по три урока в день, в феврале дополнительные каникулы на одну неделю;
* организована прогулка на свежем воздухе после третьего урока продолжительностью 40 минут;
* в режим дня включены следующие формы физического воспитания: утренняя гимнастика, уроки физкультуры, физкультурные паузы, подвижные игры на переменах, во время пребывания детей на свежем воздухе, лечебная физкультура, занятия в спортивных секциях, закаливающие процедуры /утром влажное обтирание до пояса/.

Правильно организованное и рациональное питание является важнейшим лечебно – оздоровительным мероприятием. В школе-интернате организовано пятиразовое питание – завтрак, обед, ужин и 2 полдника. Питание осуществляется в соответствии с нормами физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных возрастных групп населения. Рацион питания увеличен за счёт повышенного содержания в пище белков животного происхождения, которые повышают сопротивляемость организма к туберкулёзу. В питание включается достаточное количество овощей, фруктов, соков и других продуктов. Организация питания невозможна без проведения постоянного медицинского контроля. Составляется десятидневное меню. Контроль за соблюдением норм питания проводится по накопительной ведомости с подсчётом белков, жиров, углеводов и калорий. При необходимости проводится коррекция. Кроме этого проводится контроль за сроками реализации скоропортящихся продуктов, товарным соседством, санитарно-гигиеническим содержанием пищеблока. С работниками кухни проводятся беседы по соблюдению технологии приготовления пищи для детей.

В лечебно профилактическую работу включены следующие мероприятия:

* химиопрофилактика, соответственно показаниям;
* туберкулинодиагностика;
* осмотр детей и подростков санаторной школы 4 раза в год. Проведение лабораторных обследований: развёрнутый анализ крови, анализ мочи, рентгенологическое обследование органов грудной клетки детям до 15 лет, флюорография детям старше 15 лет.

Антропометрия учеников санаторной школы 4 раза в год /измерения роста, взвешивание, измерение грудной клетки при вдохе и выдохе/, спирометрия.

В течение первых 10 – 15 дней пребывания в санаторной школе – интернате дети и подростки осматриваются врачом фтизиатром. Данные осмотра заносятся в историю болезни. После осмотра в соответствии с клиническим диагнозом туберкулёза и рекомендациями врача противотуберкулёзного диспансера назначается детям и подросткам соответствующее лечение и санитарно-гигиенический режим также намечается план оздоровительных мероприятий.

Всем детям и подросткам и из контакта с больными активными формами туберкулёза назначается химиопрофилактические мероприятия в осеннее – весенний период изониазидом из расчёта 10мг/кг веса в сутки один раз перед обедом или фтивазидом из расчёта 30мг/кг один раз в сутки на протяжении трех месяцев осенью и двух месяцев весной.

Детям с виражом туберкулиновых реакций на туберкулин, а также подросткам, инфицированным туберкулёзом, химиопрофилактика проводится теми же препаратами в течение трёх месяцев одним курсом в начале учебного года. Детям и подросткам с локальной формой туберкулёза в фазе уплотнения и кальцинации без симптомов интоксикации назначается курс химиопрофилактики указанными препаратами в течение трёх месяцев /осенью и двух весной/.

При повторном пребывании детей и подростков в санаторной школе – интернате вопрос о химиопрофилактике решается совместно с противотуберкулёзным диспансером. Помимо специфической антибактериальной терапии применяется витаминотерапия /ревит, витамин В, аскорбиновая кислота/, десенсибилизирующее лечение препаратами кальция /глюконат кальция/.

В начале и конце учебного года /сентябрь и март – апрель/ и проводится туберкулинодиагностика /проба Манту 2 ТЕ ППД-Л/.

**3.2 Оценка эффективности пребывания детей и подростков в санаторной школе интернате**

Основным критерием эффективности проводимых лечебно профилактических мероприятий при пребывании детей и подростков в санаторной школе- интернате является:

* достаточно хорошее нарастание веса и положительные сдвиги в общем физическом развитии;
* изменение пробы Манту с 2ТЕ в сторону уменьшения.

По окончании учебного года мною и врачом-педиатром решается вопрос о выписке детей и подростков из санаторной школы – интерната или продления их лечения. Заключение представляется на окончательное решение врача противотуберкулёзного диспансера.

Таблица № 9

Анализ эффективности профилактического лечения детей и подростков санаторной школы-интерната

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество детей | 2004г. | 2005г. | 2006г. |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Прибыло | 180 | 100,0 | 180 | 100,0 | 179 | 100,0 |
| Выписано | 103 | 57,2 | 105 | 58,3 | 122 | 68,1 |

Диаграмма №6

График эффективности лечения учащихся санаторной школы-интерната

Анализируя данные таблицы и диаграммы можно отметить тенденцию к улучшению эффективности лечения учащихся с 57,2% в 2004 году до 68,1% в 2006 году.

**3.3 Анализ результатов анкетирования**

В анкетировании приняли участие учащиеся 8-9 классов. Выборочную совокупность составили 23 учащихся, в возрасте от 14 до 16 лет. Основную группу респондентов составляют девочки 14 учащихся (61%), 9 мальчиков (39%). Половая структура опрошенных представлена в диаграмме 7

Диаграмма №7

Распределение учащихся по полу

По количеству членов семьи учащиеся распределились следующим образом:

* 1 учащийся, проживает только с мамой, что составило 4% от общего числа учащихся.
* 3 члена семьи, у 6 учащихся, что составило 26%.
* 4 члена семьи – у 5 учащихся, что составило 22%.
* 5 и более членов семьи – у 11 опрошенных и составляет 48%, от общего числа прошенных.

По количеству детей в семье наибольший процент составили семьи с двумя детьми 52%, семьи, где был один ребенок 22%, и 26% семей, где три и более детей.

По степени занятости родителей в труде ответы распределились следующим образом (диаграмма8 ):

* работают оба родителя -39%
* работает один из родителей -35%
* не работают 26%

Диаграмма№ 8

Распределение родителей опрошенных по степени занятости в труде

Как видно из диаграммы 8, что достаточно большой процент родителей 26% от общего числа опрошенных, не заняты в труде.

Состояние своего здоровья учащиеся оценили следующим образом

* хорошее – 65%
* удовлетворительное -35%
* неудовлетворительное -0%

Состояние здоровья у членов своей семьи оцениваю как:

* Хорошее – 35%
* Удовлетворительное – 30%
* Неудовлетворительное -35%

При изучении общего состояния ребенка был задан вопрос: как часто ты уставал из-за своего заболевания за последнюю неделю?

* Большую часть времени -17%
* Иногда, редко - 44%
* Почти никогда или ни разу - 39%

Проблемы, возникающие в связи с заболеванием, учащиеся выделяют следующие (диаграмма 9):

* проживание не в семье -39%
* отсутствие друзей – 26%
* ограничения в развлечениях -35%

Диаграмма №9

Проблемы, возникающие у учащихся, в связи с заболеванием

Из диаграммы 9 видно, что из возникающих проблем у ребенка с связи с заболеванием наибольший процент набрали ответы проживание не в семье 39% и ограничения в развлечениях 35%

Из нарушенных потребностей учащиеся выделяют следующие:

* плохой аппетит – 13%
* плохой сон – 13%
* повышение температуры – 9%
* головная боль, слабость -13%
* чувствую себя хорошо - 52%

**3.4 Роль медсестры в оказании противотуберкулезной помощи подросткам и детям**

Все многообразные обязанности медсестры фтизиатрического профиля можно условно подразделить на:

* Манипуляционные процедуры, которые отпускаются во всех лечебных учреждениях - раздача лекарств, инъекции, внутривенные вливания, налаживание капельницы, промывание желудка и кишечника, наложение повязок, уход за больными и т.д.
* Сугубо специфическую работу, свойственную только противотуберкулезной службе.

Один из основных принципов химиотерапии туберкулеза является контроль за приемом противотуберкулезных препаратов (ПТП). Прием ПТП происходит в присутствии медицинской сестры, которая должна работать в этих условиях тактично, корректно, но не настойчиво. При этом не последнюю роль играет объяснение больному важности момента. Перерывы в приеме ПТП приводят, с одной стороны, к привыканию к ним микробактерий туберкулеза, а с другой стороны – к плохой их переносимости.

Медсестра фтизиатрической службы может оказаться в ситуациях, требующих от не ряда самостоятельных и грамотных действий. Как в стационаре, так и в амбулаторно-диспансерных условиях при осложнениях туберкулеза легких, когда нужна экстренная помощь, в частности при легочных кровотечениях и спонтанном пневмотораксе, медсестра нередко оказывается у постели больного раньше врача, и от полноты и рациональности оказанной ею помощи зависит жизнь и здоровье пациента

Значительное место среди обязанностей мед сестры фтизиатрического профиля занимает постановка туберкулиновой пробы Манту и мероприятия в соответствии с ее результатами.

Для постановки пробы Манту применяю специальные однограммовые шприцы. С соблюдением асептики и антисептики в шприц набирают 0,2 мл раствора туберкулина ППД-Л и тонкой иглой, введенной внутрикожно срезом вверх, вводят 0,1 мл раствора так, чтобы образовалась папула беловатого цвета диаметром 5-8 мм. Реакцию оценивают через 48-72 ч., измеряя прозрачной линейкой диаметр инфильтрата поперечной предплечья.

Реакция считается:

а) отрицательной (анергия), если нет покраснения и инфильтрата, а имеется только след от укола;

б) сомнительной – при диаметре инфильтрата от 2 до 4 мм или покраснении любых размеров;

в) положительной – при диаметре инфильтрата от 5 до 16 мм у детей и подростков и до 20 мм у взрослых (старше 17 лет); положительная реакция, в свою очередь, подразделяется: на слабоположительную – при диаметре инфильтрата 5-9 мм; средней интенсивности – 10-14 мм; выраженную -15-16 мм у детей и подростков и 15-20 мм у взрослых;

г) гиперергической при диаметре инфильтрата 17 мм и более у детей и подростков и 21 мм и более у взрослых, а также при наличии лимфангиита и везиконекротических изменениях любых размеров;

д) усиливающейся- при увеличении диаметра на 6 мм и более в течении года или менее 6 мм, но при размере инфильтрата 12 мм и более (например, было 10 мм, увеличился до 13 мм).

Наконец, выделяют «вираж» туберкулиновой реакции – появление впервые положительной реакции при условии поставки предыдущей пробы не более 1 года назад и отрицательном ее результате.

Дети и подростки с «виражом», гиперергической и усиливающейся реакциями относятся к группе риска, они обследуются с целью выявления туберкулеза (осмотр, общий анализ крови и мочи, рентгенограмма легких и др); при наличии болезни им проводиться соответствующее лечение. Все же, если даже туберкулез не выявляется, пациенты берутся на диспансерный учет: в VI а группе (с «виражом»), VIб – с гиперергической и VIв – с усиливающейся реакцией, и они получают химиопрофилактику двумя или тремя препаратами (преимущественно тубазидом, рифампицином и этамбутолом в соответствующих возрасту дозах) в течение 3 месяцев.

Профилактические и плановые медицинские осмотры направлены на своевременное выявление заболевания. У детей и подростков регулярно 1 раз в год должна проводиться туберкулинодиагоностика, а у подростков и взрослых не реже 1 раза в 2 года - флюорография органов грудной клетки. Группы риска по туберкулезу осматриваются чаще - ежегодно или 2 раза в год,

Важно объяснить пациентам, что не надо бояться флюорографических обследований, так как сейчас применяется цифровая рентгенодиагностическая техника с лучевой нагрузкой в 30-50 раз меньшей, чем у пленочных флюорографов.

По-прежнему для выявления туберкулеза в группах риска проводят исследования с целью обнаружения микробактерий туберкулеза в мокроте, моче и прочих выделениях человека. При этом важно правильно изъять материал для исследования, прежде всего мокроту (проведение раздражающих ингаляций).

Выявление наиболее эпидемически опасных больных- бактериовыделителей – всеми методами (бактериоскопия, посевы на МБТ) с последующим их лечением – один из важнейших приоритетов оказания противотуберкулезной помощи населению. Необходимо своевременно направлять на обследование лиц с симптомами заболевания, которые самостоятельно обращаются за медицинской помощью, как правило, - к участковому терапевту.

Найти бактериовыделителя очень важно, но не меньшее значение имеет работа так называемых очагах туберкулезной инфекции. Очагом туберкулезной инфекции называется то место жительства, где проживает больной туберкулезом - квартира, общежитие, сельский дом и т.д.

Эти очаги делят на:

* очаг туберкулезной инфекции первого типа - тот очаг, где проживает больной туберкулезом с массивным бактериовыделением. Этот очаг наиболее опасен, особенно если в нем проживают дети, подростки, беременные женщины. Еще опасней очаг, если жилищно-бытовые условия плохие (плохое освещение, плохое отопление, сырость и т.д.)
* очаг туберкулезной инфекции второго типа - очаг, где проживает больной с туберкулезом с относительным (условным) бактериовыделением - выделение бактерий непостоянное. Если в этом очаге нет подростков, детей, беременных женщин.
* очаг туберкулезной инфекции третьего типа - наиболее благоприятный очаг - больной без бактериовыделения, не детей и подростков.
* очаг туберкулезной инфекции четвертого типа или очаг туберкулезной инфекции в сельской местности - где имеется больной скот с туберкулезом.

Очаг первого типа наиболее опасен и участковый фтизиатр и эпидемиолог должны посещать его и контролировать и помогать в профилактике не менее 1 раза в месяц.

Очаг второго типа участковый фтизиатр и эпидемиолог посещают 1 раз в 3-6 месяца. Очаг третьего типа - 1 раз в полгода, необязательно. Четвертый тип очага наблюдается в течение года после забоя больного скота. Врач проводит беседу, оценивает условия жилья, и если оно не соответствует требованиям, то врач дает характеристику очага и ставит больного в очередь на расселение очага. На сегодняшний день это невероятно сложная проблема (расселяется около 9-14%). Медсестра объясняет, что такое дезинфекция, как ее проводить, также организует профилактическое обследование всех членов семьи. При выявлении положительной пробы Манту у детей в очаге, то таких детей стараются направлять в детские санатории для проведения курса оздоровительного лечения. Если есть беременная женщина, то ее отправляют в роддом. И сразу проводят заключительную дезинфекцию силами СЭС. Больной обязательно изолируется, так чтобы он не возвращался в квартиру.

В очагах второго и третьего типа проводят те же самые мероприятия, но в менее жестком варианте.

И диспансер и СЭС обязательно посещают поликлиники, проводят там лекции и беседы в семьях больных туберкулезом детей, проверяют работу участковых врачей - пульмонологом - правильно ли, и своевременно они проводят рентгенологическое исследование лицам часто болеющим ОРЗ (если больной находится по поводу ОРЗ не менее 3 раз в году по больничному), пневмониями.

Стационары проверяются на выполнение клинического минимума больному туберкулезом - если больной, поступающий в стационар не делал более 1 года флюорографию, он должен ее сделать.

Рентгенологическому обследованию в стационаре подлежат:

* лица получающие длительно глюкокортикоиды
* лица с выполненной операцией резекции желудка по поводу язвенной болезни
* лица часто болеющие пневмониями и др. легочными заболеваниями
* больные с сахарным диабетом
* дети, подростки у которых наблюдалась в течение года гиперергическая, или близкая к гиперергической реакции проба Манту
* если есть остаточные явления перенесенного туберкулеза.

Все больные с туберкулезом находятся на учете в диспансере. Учет производится по 7 группам:

* лица, больные активные формами туберкулеза с бактериовыделением. А -впервые выявленная форма, Б - хроническая форма.
* все лица с затихающими формами туберкулеза (лечились в стационаре, прекратилось бактериовыделение, началось рассасывание воспалительных инфильтратов)
* лица, излеченные от туберкулеза. В этой группе наблюдаются 1-3 года. Если у пациента в течение 2-х лет не бактериовыделения, рентгенологически рассосались фокусы бактериовыделения то таких лиц снимают с учета и они могут работать где угодно.
* здоровые лица из очага инфекции
* все лица больные нелегочными формами туберкулеза. Здесь они делятся на 4 группы в зависимости от активности процесса
* дети
* лица остаточными изменениями в легких после перенесенного туберкулеза - находятся на пожизненном учете.

Источник туберкулезной инфекции в большинстве случаев существует длительное время, поскольку туберкулезу свойственно длительное, нередко волнообразное и хроническое течение. За контактными больными наблюдают в течении всего срока выделения МБТ больным туберкулезом, а также в течение 1 года после снятия бактериовыделителя с эпидемиологического с эпидемиологического учета или выезда из очага инфекции, кроме, в течение 2 лет после смерти больного, выделявшего МБТ во внешнюю среду.

Первая встреча человека с возбудителем туберкулеза, как правило, заканчивается благоприятно, а именно – выработкой естественного иммунитета. Но здесь важно не пропустить период первичного инфицирования туберкулезом, во время обследовать ребенка и провести курс химиопрофилактики.

Опыт показывает, что не всех детей по результатам тубиркулинодиагностики направляют к фтизиатрам при «вираже» туберкулиновой пробы или при ее нарастании по сравнении с предыдущем годом на 6 мм и более. До 30% «виражных» детей не доходят до фтизиатра, а обратной связи между общими педиатрами и фтизиопедиатрами, между педиатрами поликлиники и школ, детских дошкольных учреждений часто нет. Не всегда обследуют окружение «виражного» ребенка, чтобы выявить источник туберкулиновой инфекции. Средний медицинский персонал должен принимать полноправное участие в устранении этих недоработок.

Большое значение имеет просветительская деятельность. В санбюллетенях, плакатах, памятках для населения надо постоянно пропагандировать здоровый образ жизни. Успех санитарно-просветительной работы среди населения в значительной мере зависит от среднего медицинского персонала. Медицинская сестра может оказать помощь врачу в оценке факторов риска конкретно для того или иного человека, убедить пациента в необходимости их устранения, чтобы предупредить заболевание. При этом очень важно найти правильный тон беседы и самому служить примером сознательного отношения к сохранению и поддержанию здоровья. В случае заболевания туберкулезом успех лечения и исход заболевания во многом зависит от доброжелательных взаимоотношений медсестры с пациентом и его родственниками. Следует своевременно научить лиц, находящихся в контакте с больными, соблюдать необходимые меры предосторожности, а самого больного убедить систематически выполнять рекомендации врача.

Из изложенного выше видно роль медицинской сестры весьма значима на всех этапах противотуберкулезных мероприятий населению в профилактике, диагностике и лечении туберкулеза.

**Выводы и предложения**

Подводя итог проведенному исследованию, можно сделать следующие выводы:

1. Основным направлением деятельности медицинской сестры санаторной школы-интерната является охрана здоровья детей, что включает, прежде всего, профилактическую работу, а также выполнение лечебно-диагностических мероприятий и сестринских вмешательств, санитарно - противоэпидемические мероприятия, организационные мероприятия и др.
2. Социальная характеристика семей учащихся, находящихся на лечении, в основном удовлетворительная и всем детям при рождении проводилась БЦЖ в роддоме.
3. В статистических показателях по детскому туберкулезу четко прослеживается тенденция ухудшения эпидемиологической ситуации за счет увеличения числа впервые выявленных детей с туберкулезом, преимущественно в виде его малых и неосложненных форм.
4. При анализе проведенного специфического курсового противотуберкулезного лечения, общеукрепляющей терапии и оздоровительных мероприятий отмечается динамика в сторону улучшения эффективности лечения учащихся с 57,2% в 2004 году до 68,1% в 2006 году.
5. Правильно организованная химиопрофилактика, проведение широких оздоровительных мероприятий по укреплению здоровья детей и подростков способствует снижению заболеваемости туберкулезом.
6. Профилактическая работа должна занимать первоочередное место в деятельности медицинской сестры школы–интерната.

В ходе исследования нами был разработан ряд предложений, направленных на оптимизацию деятельности медицинского персонала санаторной школы-интерната, как один из факторов совершенствования медико-социальной помощи детскому населению:

1. Включение в должностные инструкции сестринского персонала обязанностей по проведению консультативной работы с семьями детей, находящихся на лечении, в плане разъяснения особенностей профилактики туберкулеза, ухода за больными, пропаганды здорового образа жизни.
2. Проведение регулярных занятий со средним медицинским персоналом по изучению современным методам ухода за больными туберкулезом, состояния и перспектив развития сестринского дела в стране и за рубежом, роли и места медицинской сестры в процессе оказания медицинской помощи.
3. Изыскание средств на улучшение материально – технического оснащения деятельности среднего медицинского персонала. Фактором, способным существенно повысить качество медицинской помощи, представляется внедрение в учреждении единой информационной системы, что позволило бы сократить время на второстепенные направления деятельности в пользу более важных, повысить уровень профессиональной квалификации сотрудников, за счет оптимизации использования специализированной информации, уменьшить рабочую нагрузку на персонал.
4. Квалифицированный кадровый состав врачей и медицинских сестер является гарантией эффективного лечения.

**Заключение**

Охрана здоровья детей в нашей стране является одной из приоритетных задач, ибо нет большей ценности, чем здоровье человека, которое является показателем благополучия общества.

Декларация «О правах ребенка» гласит, что государство должно обеспечить защиту жизни и здоровья ребенка независимо от экономического положения общества.

Здоровье человека закладывается в детстве, как пройдет детство – с болезнями и травмами, голодом и лишениями или будет окружено заботой, ограждено от потрясений телесных и душевных – таким и будет его здоровье, а стало быть, профессия, карьера, семья, потомство. Решение этих проблем в определенной степени зависит от качества нашей работы.

Особое внимание принадлежит профилактическим и оздоровительным мероприятиям, которые способствуют снижению заболеваемости туберкулезом.

Санаторная школа-интернат для детей и подростков с малыми и затухающими формами туберкулеза является одним из важнейших заключительных звеньев в плане этапного лечения детского туберкулеза.

Задача противотуберкулезного учреждения данного типа заключается в обеспечении правильного сочетания обучения больных детей и подростков по программе массовых общеобразовательных школ с проведением специфического лечения и широкого комплекса оздоровительных мероприятий до полного выздоровления.

Из представленных данных в работе основными мероприятиями медицинских работников, обслуживающих детей в школах, являются:

* организация всех санитарно-гигиенических мероприятий, необходимых для правильной постановки оздоровительной, воспитательной и учебной работы в учреждении;
* медицинский контроль за развитием и состоянием здоровья детей, организация и проведение всех необходимых профилактических и лечебных мероприятий;
* предупреждение распространения заболеваний среди детей и подростков, профилактика детского травматизма;
* работа по гигиеническому обучению родителей, персонала и гигиеническому воспитанию детей и подростков.

В статистических показателях по детскому туберкулезу четко прослеживается тенденция ухудшения эпидемиологической ситуации за счет увеличения числа впервые выявленных детей с туберкулезом, преимущественно в виде его малых и неосложненных форм. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости сохранения в стране существующей системы организации противотуберкулезной помощи детскому населению, благодаря которой, несмотря на увеличение резервуара инфекции в стране, туберкулез у детей выявляется своевременно и лишь единицы больных умирают от этого заболевания. Приоритетными в современных условиях должны быть методы активного выявления и профилактики туберкулеза среди детского населения с помощью мероприятий проводимых в санаторной школе-интернате.

**Литература**

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.93 г., в ред. Федерального закона № 139-ФЗ от 02.12.2000.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения» № 395 от 03.11.99
3. Постановление Правительства РФ от 11.09.98г. № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (в редакции постановлений Правительства РФ от 26.10.99г. № 1194, от 29.11.00г. № 907, от 24.07.01г. № 550).
4. Приказ Минздрава РФ от 05..08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в ЛПУ в Российской Федерации».
5. Метод. указания от 22.12.99 №99/230. «Суточные нормы питания в санаториях, санаториях-профилакториях, санаторных оздоровительных лагерях круглосуточного действия, а также в детских оздоровительных лагерях».
6. Агаханова Г.А. Виноградов К.А., Корчагин Е.Е., Ноженкова Л.Ф., Шнайдер И.А. Здоровье населения и здоравоохранение Красноярского края на рубеже веков. – Красноярск: ГУП ПИК «ОФСЕТ», 2001. – 192 с.
7. Аксенова В.А. Туберкулез у детей в России: задачи медицинских работников по стабилизации уровня заболеваемости. // Главная медицинская сестра. - 2004. - № 11. – с. 45-50.
8. Антонова Н.В. Материально- техническое обеспечение противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации в 2001 году: проект Центральный НИИ туберкулеза РАМН, 2000. - с.-52.
9. Браженко Н.А. Составные элементы современной профилактики туберкулеза / сб. науч. тр..- М.: 2000. – с.-240.
10. Визель А.А., Гурылева М.Э. Туберкулез. М.: ГЭОТАР «Медицина». 1999. с – 180.
11. Валиев Р.Ш.// казан. мед. журнал.-1998.-№4. с.- 288.
12. Гусейнов Г.К. Медицинская сестра противотуберкулезного учреждения. // Медицинская сестра.-2006. с.-16-17.
13. Закопайло Г.Г. О влиянии социальных факторов на заболеваемость туберкулезом. Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания.- М.:1995 .- с.-17-58.
14. Земенкова З.С., Дорожкова И.Р. Скрыто протекающая туберкулезная инфекция.- М.: 1984.- с.-14.
15. Жамборов Х.Х. Пособие по фтизиатрии. Нальчик. изд. «Эль-Фа». – 2000. – с.-260.
16. Куфакова Г.А., Овсянкина Е.С. Факторы риска развития заболевания туберкулезом у детей и подростков из социально- дезадаптированных групп населения: науч. разр.- Центральный НИИ туберкулеза РАМН, 2000.
17. Корчагин Е.Е. Принципы формирования «Программы государственных гарантий обеспечения граждан Красноярского края бесплатной медицинской помощью» и размещения муниципального заказа. //Информационно-методический «Вестник» КФОМС, 2002г., № 3
18. Карачунский М.А. Профилактика туберкулеза.// Медицинская сестра.2003. с.-10.
19. Корецкая Н.М. Москаленко А.В. Клинико-социальные характеристики больных инфильтрационным туберкулезом легких// Проблема туберкулеза. – 1997 №5. с.-15-16.
20. Литвинов В.И. Новые технологии диагностики туберкулеза: Сб. науч. тр.- Москва. 2000. - с. – 140.
21. Миняев В.А., Вишняков Н.И., Юрьев В.К., Лучкевич С.П. Социальная медицина и организация здравоохранения. Учебное пособие. Том 1., СПб. 1997.- с.- 220.
22. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия.- М.: Медицина, 1996.- с.- 320.
23. Перельман М.И. Новый этап развития противотуберкулезной помощи населению России.- М:. Медицина , 1996. с.- 240.
24. Пароол М.Б. Помощь больным туберкулезом// Медицинская сестра.- 2006. с.- 19-22.
25. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения, под ред. Ю.П. Лисицына, т. 2. - 1987 . - с. 121.
26. Серенко А.Ф., Ермаков В.В. и Петраков Б.Д. Основы организации поликлинической помощи населению, М., 1982. с. - 320.
27. Скачкова Е.И., Нечаева О.Б. Противотуберкулезная помощь населению: главные направления, роль медсестры.// Медицинская сестра.-2006. с.-21-23.
28. Туберкулез. Руководство для врачей /Под ред. А.Г. Хоменко.- М.: Медицина.- 1996. - 496 с.
29. Туберкулез органов дыхания./ под ред. А.Г*.* Хоменко, М., 1996.- с. -125.
30. Туберкулез у детей и подростков, под ред. Е.Н. Янченко и М.С. Греймер, Л., 1997 с. -211.
31. Филиппов В.П. Бронхологические методы исследования в дифференциальной диагностике туберкулеза. М.: 1989.- с. -101.
32. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. Санкт-Петербург. Изд. «Петрополис», 2000.- 914 с.
33. Фирсова В.А. Туберкулез органов дыхания у детей. М.: 1988.- с.-240.
34. Хоменко А.Г. , Мишин В.в. // Кубан. науч. мед. вестн.- 1997 № 6-7.-с. 36.
35. Чумаков Ф.И. и Лукьянова М.А. Туберкулез гортани в настоящее время, Пробл. туб, № 4, 1989.- с.-58
36. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. Санкт-Петербург. Изд. «Петрополис», 2000.- 914 с.
37. Шебанов Ф.В. Туберкулез. М.: Медицина. 1981.- с. - 420.
38. Шестерина М.В. Изменения бронхов при туберкулезе легких, М., 1976,
39. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2004 году. -2005. - с.-3-23.
40. Яблоков Д.Д. и Галибина А.И. Туберкулез легких в сочетании с внутренними болезнями.- Томск.-1986.- с.- 262.

**Приложение**

Для получения объективной информации просим вас ответить на вопросы анкеты

**Анкета для учащихся санаторной школы-интерната**

1. **Возраст**
2. **Пол:** (подчеркните)

а) муж

б) жен

1. **Число членов семьи** (подчеркните):

а) 2

б) 3

в) 4

г) 5

д) 6

е) 7

ж) 8

з) 9

и) 10 и более

1. **Количество детей в семье** (подчеркните):

а) один

б) два

в) три и более

1. **Другие члены семьи проживающие совместно** (подчеркните):

а) 2

б) 3

в) 4

г) 5

д) 6

е) 7

1. **Степень занятости родителей в труде**

а) работают оба родителя

б) работает один из родителей

в) не работают

1. **Как ты оцениваешь состояние своего здоровья?**

а) хорошее

б) удовлетворительное

в) неудовлетворительное

1. **Как ты оцениваете состояние здоровья членов твоей семьи?**

а) хорошее

б) удовлетворительное

в) неудовлетворительное

**9. Как часто ты УСТАВАЛ из-за своего заболевания за последнюю неделю?**

*(Прочитайте варианты ответов, обведите или отметьте только один)*

а) Большую часть времени

б) Иногда, редко

в) Почти никогда или ни разу

**10. Как часто ты чувствовал себя НЕПОХОЖИМ НА ДРУГИХ или ОДИНОКИМ из-за своего заболевания за последнюю неделю*?***

*(Прочитайте варианты ответов, обведите или отметьте только один)*

а) Большую часть времени

б) Иногда, редко

в) 3.Почти никогда или ни разу

**11. Какие проблемы у тебя возникают в связи с заболеванием?**

а) проживание не в семье

б) отсутствие друзей

в) ограничения в развлечениях

**12. Какие потребности у тебя нарушены?**

а) плохой аппетит

б) плохой сон

в) повышение температуры

г) головная боль, слабость

д) чувствую себя хорошо

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Статья 41 [↑](#footnote-ref-1)