

Тема занятия № 16: Сестринский процесс при различных формах туберкулеза у детей.

Учебные цели занятия:

Ознакомить с заболеванием туберкулез. Знать причины, клинические проявления, оказание сестринской помощи.

Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос)

1. Какие заболевания щитовидной железы могут сопровождаться увеличением ее размера?
2. Укажите степени увеличения щитовидной железы?
3. Опишите клинические симптомы, отражающие (гиперфункцию) щитовидной железы?
4. Какой лабораторный метод позволяет поставить диагноз ДТЗ?
5. В чем заключается лечение ДТЗ?
6. Назовите причины развития врожденного и приобретенного ГТ?
7. Клинические проявления врожденного и приобретенного ГТ?
8. Принципы диагностики ГТ?
9. В чем заключается принцип лечения ГТ?
10. Дайте определение и назовите причины развития ЭЗ?
11. Перечислите симптомы характерные для ЭЗ?
12. Принципы лечения и профилактики ЭЗ?

Информационный блок. План:

1. Туберкулез. Этиология, эпидемиология.
2. Клиническая картина.
3. Первичный туберкулезный комплекс
4. Туберкулезный бронхоаденит.
5. Диагностика, лечение.
6. Профилактика. С/уход.

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза (МБТ). Характеризуется образованием специфических гранулем в различных органах и тканях (чаще в легких) и полиморфной клинической картиной.

Этиология. Среди многих видов микобактерий туберкулеза патогенными для человека являются человеческий и бычий виды. Наиболее часто заболевание вызывает микобактерия туберкулеза человеческого вида. Микобактерии туберкулеза обладают значительной устойчивостью во внешней среде, при комнатной температуре остаются жизнеспособными в течение 2-10мес. Длительное время возбудители сохраняются в молоке, сыре, масле. На солнечном свете погибают в течение 1,5-2ч, при УФО – за 5 минут, кипячении – за 5-10 мин. Губительное действие оказывают хлорсодержащие препараты. Микобактерии туберкулеза могут изменять свои свойства,

например, приобретать устойчивость к лекарственным препаратам, что создает трудности при лечении больного.

Эпидемиология. Источниками туберкулезной инфекции являются больные туберкулезом люди, животные и птицы. Наиболее опасны в эпидемиологическом отношении больные туберкулезом легких с массивным бактериовыделением. При скудном бактериовыделении, когда микобактерия туберкулеза обнаруживаются лишь специальными методами, опасность заражения окружающих меньше. Она невелика при внелегочных формах туберкулеза, при которых возбудитель выделяется с мочой, калом и гноем. Из животных для человека опасны в основном коровы и козы.

Наиболее распространенным считается аэрогенный путь проникновения микобактерии туберкулеза в организм ребенка. Факторами передачи служат носоглоточная слизь, мокрота и пыль, содержащее микобактерии туберкулеза. Реже инфицирование происходит через желудочно-кишечный тракт. Наблюдаются случаи заражения через поврежденную кожу и слизистые оболочки. Микобактерии туберкулеза бычьего вида передаются через молоко и молочные продукты, реже при употреблении зараженного мяса или контакта с больными животными.

Возникновению заболевания способствует факторы риска отсутствие вакцинации и ревакцинации БЦЖ; частые и длительные заболевания органов дыхания, увеличение периферических лимфоузлов и хронические интоксикация неясной этиологии; сахарный диабет; иммунодефицитные состояния неясной этиологии; при длительном получении гормонов и иммунодепрессантов. Содействует развитию заболеванию массивность инфекции (при тесном внутрисемейном контакте с больным), низкая резистентность (устойчивость) к туберкулезной инфекции на первом году жизни ребенка и в период полового созревания, перенесенные коклюш, корь, ветряная оспа.

Течение туберкулеза. В течении туберкулеза выделяют 2 последовательных периода: первичный и вторичный. В детском возрасте часто отмечается первичный туберкулез, который имеет свои особенности течения. Первичный туберкулез возникает при заражении микобактериями туберкулеза ранее инфицированных людей и охватывает время от проникновения в организм микобактерий туберкулеза до полного заживления туберкулезного очага; вторичный – развивается спустя некоторое время после состояния клинического благополучия в результате эндогенного оживления старых очагов. Развитие туберкулеза вследствие повторного заражения наблюдается редко.

Клиническая картина. Клинические проявления туберкулеза характеризуются большим многообразием и зависит в первую очередь от формы и фазы заболевания. Различают 3 группы основных клинических форм туберкулеза, охватывающие все проявления и локализации туберкулеза: 1) туберкулезная интоксикация у детей и подростков; 2) туберкулез органов дыхания (первичный туберкулезный комплекс, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, очаговый

диссеминированный, инфильтративный, кавернозный туберкулез легких, бронхов и сочетанные поражения). 3) туберкулез других органов и систем (мозговых оболочек и ЦНС, костей и суставов, мочевых и половых органов, кожи и подкожной клетчатки, периферических лимфатических узлов, кишечника, глаз и др.).

Выраж туберкулиновой чувствительности – появление впервые положительной реакции на туберкулиновую пробу (проба Манту) в результате первичного инфицирования организма МБТ.

Туберкулезная интоксикация является особой, присущей детскому возрасту клинической формой туберкулеза. Заболевание возникает при первичном внедрении микобактерий в организм. Развитие интоксикации связано со способностью организма ребенка, особенно раннего возраста, отвечать значительными функциональными расстройствами на сравнительно небольшой патологический очаг.

Обязательным и ведущим признаком туберкулезной интоксикации является интоксикационный синдром: изменяется поведение ребенка, он становится раздражительным или заторможенным, появляются быстрая утомляемость, головная боль, длительная субфебрильная непостоянная температура тела, потливость (ночью). Нарушаются сон и аппетит. При длительном сохранении интоксикационного синдрома выявляется дефицит массы тела, бледность кожных покровов. Отмечается склонность к воспалительным заболеваниям. Для детей типична реакция со стороны лимфатической системы, проявляющаяся микрополиаденитом (увеличение 5–7 групп лимфатических узлов).

Для диагностики туберкулезной интоксикации важное значение имеет определение инфицированности МБТ с помощью туберкулиновых проб.

Первичный туберкулезный комплекс (ПТК) включает первичный очаг (очаги) специфического воспаления в легочной ткани и воспаление в регионарном лимфатическом узле.

Клиническая картина ПТК зависит от выраженности перифокальной зоны воспаления и распространенности казеозного некроза. Заболевание может протекать бессимптомно или с явлениями туберкулезной интоксикации.

Наиболее характерно постепенное начало заболевания, относительно хорошее состояние, преобладание общих симптомов заболевания. Обширный процесс протекает по типу пневмонии с выраженными симптомами интоксикации. Иногда ПТК может скрываться под маской гриппа, бронхиальной астмы и других заболеваний.

На рентгенограмме в начале туберкулезного процесса видна размытая тень инфильтрации легочной ткани с выраженной реакцией корня. В фазе уплотнения выявляются легочный очаг и железистый компонент с «дорожкой» между ними. В фазе петрификации первичный очаг обызвествляется, на рентгенограммах обнаруживаются петрифицированные лимфатические узлы корня легкого

Туберкулез внутри - грудных лимфатических узлов (туберкулезный бронхоаденит) – самое частое локальное проявление первичного

туберкулеза. Общими симптомами бронхоаденита являются признаки туберкулезной интоксикации. Из местных проявлений заболевания выделяют перкуторные и аускультативные симптомы, симптомы сдавления. При значительном увеличении лимфатических узлов средостения паравертебрально или парастернально на стороне поражения обнаруживаются укорочение перкуторного звука, единичные сухие хрипы, указывающие на воспаление бронхов, прилежащих к пораженному лимфатическому узлу.

У детей раннего возраста увеличение внутригрудных лимфоузлов может сопровождаться симптомами сдавления органов средостения: цианозом, одутловатостью лица, расширением вен кожи головы и верхней части груди, коклюшеподобным кашлем, сдавлением пищевода, раздражением блуждающего нерва и др. Рентгенологически выявляются увеличение размеров корня легкого, размытость его очертаний, инфильтрация в прикорневой легочной ткани.

При гематогенной диссеминации и развитии острого **милиарного туберкулеза легких** резко нарастают симптомы интоксикации, возникает одышка, температура тела поднимается до 39 - 40°C. Состояние больного всегда тяжелое. Характерной особенностью является расхождение между богатыми рентгенологическими данными (картина «снежной бури») и скудными физикальными симптомами. Часто первичный туберкулез сочетается с внелегочными проявлениями заболевания.

Туберкулезный менингит может присоединиться к любой форме туберкулеза. Заболевание развивается постепенно. Появляются высыпания туберкулезных бугорков со значительным поражением сосудов. У больного развиваются менингеальные симптомы, нарастает интоксикация, нарушается сознание.

При поздней диагностике может наблюдаться менингоэнцефалит с характерной локальной симптоматикой.

Возрастные особенности туберкулеза. У детей первого года жизни туберкулез протекает тяжелее, чем у старших детей. Чаще встречаются генерализованные формы болезни. У дошкольников преобладают железистые, костно-суставные, сравнительно доброкачественные инфильтративные формы первичного туберкулеза. Для детей школьного возраста характерна туберкулезная интоксикация. В периоде полового созревания туберкулез протекает бурно, особенно у девочек, быстро прогрессирует. Преобладают легочные варианты со склонностью к распаду, образованию каверн.

Диагностика. Для постановки диагноза первичного туберкулеза важное значение имеет выявление источника заражения, вираж туберкулиновых проб, проба Манту, жалобы больных, клинические признаки заболевания. Основными методами выявления и диагностики туберкулеза у детей и подростков являются туберкулинодиагностика и флюорография.

Активный туберкулезный процесс подтверждается выделением микобактерий туберкулеза из мочи, мокроты, промывных вод бронхов, желудка и других материалов. У большинства больных первичным туберкулезом бактериовыделение отсутствует. В периферической крови выявляются изменения: лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия, повышенная СОЭ, может развиваться гипохромная анемия.

При туберкулезном менингите важны результаты исследования спинномозговой жидкости. Жидкость прозрачная, вытекает под повышенным давлением, при стоянии выпадает нежная фибринозная пленка, в которой обнаруживаются микобактерии, цитоз до нескольких сотен в 1 мл, уровень сахара и хлоридов снижен, содержание белка повышено.

Уточнить, а нередко и установить диагноз первичного туберкулеза можно при эндоскопии бронхиального дерева.

Особое значение в диагностике туберкулеза имеет проводимое в динамике рентгенологическое исследование.

Лечение. Основной целью лечения больных является стойкое заживление туберкулезных изменений и полная ликвидация всех клинических проявлений заболевания. Лечение должно быть ранним, комплексным, длительным и включать этапы: диспансер — стационар — санаторий — диспансер.

В современном комплексном лечении антибактериальной терапии принадлежит решающее значение.

Химиотерапевтические средства для лечения больных туберкулезом принято делить на две группы: I – основные препараты (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол и др.); II – резервные препараты (этионамид, циклосерин, флоримицин, виомицин, капуреомицин, рифабутин, амикацин, фторхиноловые антибиотики – цiproфлоксацин, спарфлоксацин и др.).

Используются комбинированные химиопрепараты - майрин, максаквин (ломефлоксацин), рифатер, рифинаг, рифакомб и др.

Оптимальные сроки химиотерапии определяются формой туберкулеза, эффективностью лечения и составляют от 6 до 18 месяцев (в среднем 1 год), у больных с запущенными формами – несколько лет. Применение комбинаций (двух и более) препаратов содействует суммарному бактериостатическому эффекту, предотвращает развитие лекарственной устойчивости возбудителя.

Лечение туберкулеза включает применение патогенетических средств (гормональные препараты; препараты иммуномодулирующего действия: левамизол, диуцифон, Т-активин; антиоксиданты: токоферол, натрия тиосульфат; лидаза); симптоматических (витамины С, А, РР, группы В), десенсибилизирующих, анаболических стероидных препаратов и нелекарственных средств, направленных на ускорение заживления и нормализацию функций организма. В некоторых случаях показано хирургическое лечение.

Для выздоровления больного особо важное значение имеет полноценное питание, режим дня, адекватный состоянию, использование благоприятных климатических факторов, проведение аэротерапии.

Профилактику туберкулёза начинают в периоде новорожденности.

Новорожденным вводят вакцину БЦЖ на 3—7 день жизни, ревакцинацию проводят в 7 и 14 лет (только после отрицательной пробы Манту).

В очагах туберкулезной инфекции проводят санитарную профилактику: делают текущую и заключительную дезинфекцию; два раза в год проводят обследование (детям ставят пробу Манту).

Уход. В случае выраженной лихорадки и интоксикации больным назначается строгий постельный режим. Неблагоприятное воздействие на течение заболевания оказывает повышенная влажность и запыленность воздуха, нарушение режима и качества питания.

Питание должно соответствовать возрасту и быть полноценным. В рационе включают мясо, молоко и молочные продукты, овощи, фрукты, ягоды, соки. Важно, чтобы пища была витаминизированной. Разнообразной и вкусно приготовленной. Калорийность пищи может превышать на 15-20% в основном за счет белков и жиров. Кормят детей 5-6 раз в сутки.

Особое внимание уделяется аэротерапии. Больным рекомендуется максимальное пребывание на свежем воздухе в течение всего года, им обеспечивают прогулки, сон на верандах, широкую аэрацию палат, в прохладную погоду проводится регулярное проветривание, детям показаны воздушные ванны: при активном процессе продолжительностью 5-10 мин при температуре 18-19°C. Солнечные ванны могут быть назначены только в утренние часы. Чрезмерная солнечная радиация способна вызвать обострение процесса.

Родителей и старших детей, ухаживающих за ребенком, обучают дисциплине кашля: прикрывая во время кашля рот платком или тыльной поверхностью кисти, менять не реже одного раза в сутки

носовые платки, подвергая их кипячению в 2% растворе натрия бикарбоната,

В случае выделения мокроты ее собирают в стеклянные или эмалированные плевательницы, на 1/3 заполненные водой или дезинфектантом, с плотно притертой крышкой.

После использования плевательницы погружают в емкость с крышкой и дезинфицируют. Во время обеззараживания

медперсонал обязан работать в спецодежде и перчатках. После

обеззараживания мокроту сливают в канализацию, а плевательницы моют

обычным способом. При кровохаркании назначается постельный режим,

возвышенное положение верхней части туловища. Запрещаются активные

движения и разговор, Противопоказано употреблять горячую пищу,

применять УФО, физиопроцедуры, горячие ванны, банки, горчичники.

Больным дают охлажденную пищу в жидком или протертом виде, несколько

ограничивают жидкость, проводят назначенную врачом гемостатическую терапию.

Больные длительно находятся в отрыве от дома. Поэтому особенно важно создать для детей условия, повышающие эмоциональное состояние, организовать досуг ребенка. В санаторных условиях дети, обучаются по школьной программе с сокращенным до 3 – 4 ч учебным днем. Занятия проводятся в утренние часы.

Закрепление нового материала

Вопросы для проверки:

1. Дайте краткую характеристику возбудителя туберкулеза?
2. Как можно установить первичную зараженность туберкулезом?
3. Опишите признаки туберкулезного интоксикационного синдрома?
4. Перечислите наиболее часто встречаемые клинические формы заболевания в детском возрасте?
5. Какие вы знаете возрастные особенности течения заболевания?
6. В чем заключается диагностика заболевания?
7. Перечислите основные принципы лечения при туберкулезе?
8. С какой целью проводится химиопрофилактика?
9. В чем заключается профилактика туберкулеза?
10. Сестринский уход при туберкулезе?