

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Киревой Анастасии Сергеевны

Научный руководитель
преподаватель О.М. Гричук

Рецензент
Врач – педиатр
пульмонологического отделения
ОГБУЗ «Детская областная
клиническая больница»
Е.И. Штепа

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕВМАТИЗМОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	7
1.1. Общая характеристика и этиология ревматизма	7
1.2. Клиническая характеристика заболевания.....	9
1.3. Организация лечебно-профилактической помощи детям при ревматизме	13
ГЛАВА 2. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РЕВМАТИЗМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	22
2.1. Организационная характеристика базы исследования – ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 4» г. Белгорода.....	22
2.2. Социологическое исследование «Организация и проведение профилактики ревматической лихорадки в детском возрасте»	23
2.3. Направления повышения эффективности сестринской профилактической помощи.....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на существенные успехи в лечении и профилактике, проблема ревматизма сохраняет актуальность. Ревматические пороки сердца остаются, наиболее частой причиной летальных исходов в структуре болезней системы кровообращения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно ревматической лихорадкой заболевает 500 тысяч человек, у 300 тысяч из них, исходом ревматизма является формирование порока сердца, что до сих пор является основной причиной инвалидизации молодого населения.

Частота заболеваемости ревматизмом у детей связана с сезонами года. Острые вспышки чаще всего наблюдаются в холодные месяцы года (ранней весной, поздней осенью и зимой, летом дети болеют редко). Высокий уровень заболеваемости отмечается у детей школьного возраста от 7 до 15 лет. У детей первого года жизни ревматизм практически не встречается, редко проявляется болезнь у детей до 3-х лет. В возрасте 15-16 лет снижается уровень заболеваемости детей.

Ревматизм у детей проявляется ревмокардитом в 70% воспалением внутренней и мышечной оболочки сердца (эндомиокардитом), которые могут привести к приобретенным порокам сердца. Внесердечные поражения также встречаются, но в меньшей степени, такие как: поражения суставов, центральной нервной системы, кожи и ряда других внутренних органов. Чаще наблюдается ревматический полиартрит, который поражает средние и крупные суставы, и в дальнейшем не оставляет деформации и видимых изменений. Поражение центральной нервной системы (ЦНС) в виде малой хореи приходится на 12-17% заболеваемости, сопровождающиеся непроизвольными движениями (гиперкинезами) и поражения кожи в виде ревматических узелков и аннулярной эритемы, которые встречаются редко.

Многочисленными исследованиями доказано, что ревматизм возникает после перенесенной инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком

группы А. Эпидемиологические исследования показывают, что после перенесенного инфекционного заболевания, возникновение ревматизма является повторное обострение хронических очаговых инфекций или наложение острых стрептококковых заболеваний, а также тяжесть стрептококковой инфекции и его длительное носительство при не долеченной ангине и других дыхательных заболеваний, вызванных стрептококком группы А. При лабораторном исследовании в сыворотке крови показаны высокие титры противострептококковых антител. Предрасположенность к ревматической болезни связано с особой реактивностью иммунной системы на стрептококковую инфекцию и генетическим наследованием. Распространённость ревматических пороков сердца все ещё остаётся высокой, однако это обстоятельство связано с рядом положительных тенденций в состоянии здоровья этой категории населения: увеличением продолжительности жизни больных и снижением смертности в связи с отсутствием активности ревматизма благодаря проведению повсеместной бициллинопрофилактики и своевременного противоревматического лечения.

Таким образом, во многих странах данная проблема является актуальной и требует комплексного и длительного лечения и реабилитации, а также тщательного ухода за больным ребенком. Одной из самых сложных задач в настоящее время остается правильный и интенсивный уход, который направлен на восстановление функций ребенка и устранение повторного заболевания (рецидива) и обострения, приводящего к осложнению приобретенными пороками сердца.

Следовательно, актуальность проблемы по распространенности ревматической болезни обусловлено развитием неблагоприятных последствий для здоровья детей и осложнениями, приводящих к инвалидности и смерти. Именно поэтому одной из важных задач ревматологии является разработка и совершенствование мероприятий профилактики, применение различных методов реабилитации и лечения ревматической болезни у детей.

Цель дипломной работы – определение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в повышении эффективности профилактики ревматической болезни у детей.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ данных по проблеме распространённости ревматической болезни у детей.
2. Провести анализ статистических показателей распространённости ревматизма среди детей.
3. Провести социологическое исследование среди родителей, по результатам которого разработать рекомендации для медицинских сестер по совершенствованию мероприятий профилактики ревматизма у детей.

Объект исследования – дети школьного возраста, имеющие хронические заболевания дыхательной системы.

Методы исследования:

1. научно-теоретический анализ медицинской литературы;
2. организационный (сравнительный, комплексный) метод;
3. социологический (анкетирование, опрос) метод.

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике ревматической болезни у детей.

Структура дипломной работы: введение, теоретическая и практическая главы, заключение, список использованных источников и литературы, приложение.

Во введении рассматривается актуальность проблемы на современном этапе, определен научно-понятийный аппарат исследования. В первой главе представлены теоретические аспекты заболеваемости ревматизмом в детском возрасте. Вторая глава включает: организационную характеристику базы исследования – ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 4 г. Белгорода», результаты статистического анализа клинико-anamnestической характеристики хронических заболеваний у детей, результаты социологического исследования

среди родителей. В заключении разработаны рекомендации по совершенствованию мероприятий профилактики ревматизма у детей.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕВМАТИЗМОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

1.1. Общая характеристика и этиология ревматизма

Ревматическая болезнь у детей или болезнь Сокольского – Буйо занимает своеобразное положение среди других патологий. Ревматизм представляет собой заболевание соединительной ткани воспалительного характера, при котором в большинстве случаев поражается сердечно – сосудистая система. Чаще всего ревматизмом болеют дети школьного возраста - от 7 до 15 лет.

Причиной ревматической болезни в детском возрасте является перенесенная инфекция в виде ангины, синусита, обострения хронического тонзиллита, отита или назофарингита, вызванная β -гемолитическим стрептококком группы А, обнаруженных у большинства больных ревматизма в сыворотке крови высоких титров различных противострептококковых антител. Сущность ревматического процесса связана с развитием аллергических реакций в организме человека. Клинические симптомы чаще появляются не сразу после перенесенной стрептококковой инфекции, а через несколько преимущественно 2-3 недель. За это время в организме образуются антитела, мишенью которых является соединительная ткань, распространенная по всему организму человека. Рецидивные стрептококковые реакции алергизируют организм ребенка, поэтому любое острое заболевание может вызвать воспалительные явления, которые характерны для ревматической болезни [9].

Изучение стрептококковой инфекции ревматизма свидетельствуют обнаружение стрептококковых антигенов в моче и крови, рост титра и положительные кожные пробы со стрептококковым токсином. Воздействие стрептококковых токсинов приводит к выработке противострептококковых антител. При влиянии стрептококковых токсинов на ткани сердца, выделяются продукты их распада, которые вместе с токсинами образуют аутоантигены. В

ответ в организме вырабатываются аутоантитела, которые могут связываться не только с аутоантигенами, но представляют собой антитела, обладающие прикреплением к ткани сердца и фиксирующиеся на ней. В результате поражаются оболочки сердца. Стрептококковые токсины повреждают мембраны клеток в очаге воспаления, что приводит к выходу из них ферментов, с разрушением белково-полисахаридных комплексов. Развиваются изменения клеточных элементов соединительной ткани, в частности тучных клеток - изменяется их количество, усиливается их разрушение, выраженность которой отражает активность ревматического процесса. В результате в ткань и микроциркуляторное русло выходят биологически активные вещества - медиаторы воспаления, которые способствуют развитию воспалительной реакции. Повышается проницаемость стенки сосудов с выходом жидкой части крови в окружающие ткани и их отеком [1].

Возникновению ревматизма также способствует наследственная предрасположенность ребенка, обусловленные особенности тканей, органов, а также защитных механизмов борьбы со стрептококковой инфекцией - повышенная склонность к сенсibilизации, усиленная ответная реакция на антигены-раздражители, склонность к гиперпродукции антител и извращению иммунологических реакций. Этим объясняется более высокая заболеваемость ревматизмом в отдельных семьях и среди родственников первой степени родства, являющихся носителями рецессивного гена, а также низкая частота развития заболевания у перенесших стрептококковую инфекцию. Под влиянием длительной интоксикации и других неблагоприятных факторов нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы, и функции эндокринных желез (гипофиза, надпочечников) приводят к изменению нейроэндокринной регуляции иммунологической реактивности и других процессов в организме и в результате - к нарушению механизмов адаптации. Неблагоприятные факторы (физические и психические травмы и стрессы, некачественные бытовые условия и неправильный рацион питания, связанный с дефицитом белков и витаминов) играют провоцирующую роль в усугублении

патологических сдвигов и расстройств гомеостаза, что способствует развитию ревматизма.

1.2. Клиническая характеристика заболевания

Клинические проявления заболевания в детском возрасте зависят от локализации и от степени активности ревматического процесса.

Выделяют две фазы в течение ревматизма: активная и неактивная. При активной фазе наблюдаются все проявления текущего процесса по данным клинического и диагностического обследования. В неактивной фазе присутствуют остаточные явления при отсутствии показателей активности.

По степени активности ревматической болезни различают: первая – минимальная, вторая – умеренная и третья – максимальная активность. При максимальной степени клинические симптомы выражены ярко, имеют место резкие изменения в электрокардиографии (ЭКГ) и лабораторных показателях. При умеренной степени все клинические и лабораторные показатели выражаются в умеренной степени активности. В минимальной степени все клинические признаки выражены слабо [14].

В течение активной фазы ревматического процесса у детей выделяют: острое - длительностью до 2 месяцев, подострое - до 3-4 месяцев, затяжное - до 5 месяцев, рецидивирующее - до 1 года и более, а также, клинически бессимптомное латентное течение.

По локализации ревматического процесса различают сердечную, суставную, кожную и нервную формы ревматической болезни у детей.

Первые клинические проявления заболевания развиваются после 2-3 недель перенесенной стрептококковой инфекции ребенка. Для начальных проявлений характерно повышение температуры, одышка, сердцебиение и тахикардия, симптомы интоксикации, бледность кожных покровов, при

диагностическом исследовании наблюдается глухость сердечных тонов, которое указывает на развитие ревмокардита.

Поражение сердечно - сосудистой системы является ведущим в клиническом проявлении, которое может привести к формированию приобретенных пороков сердца.

Миокардит – воспаление мышечной оболочки сердца, которое развивается практически у всех больных детей острой ревматической лихорадкой. Бывает очаговым и диффузным. У большинства детей преобладают умеренные изменения в миокарде: общее состояние незначительно нарушается, отмечается тахикардия, иногда брадикардия, выслушивается мягкий систолический шум. Рентгенологически наблюдается небольшое расширение левой границы сердца. Недостаточность кровообращения отсутствует. При ярких симптомах общее состояние значительно ухудшается, кожные покровы бледные, сердечные тоны глухие, границы сердца расширены, может развиваться недостаточность кровообращения, но такое течение встречается редко.

Эндокардит – воспаление внутренней оболочки сердца, которое проявляется у 70% больных детей и сочетается с миокардитом (эндомиокардит). Процесс чаще локализуется в области митрального и аортального клапанов. При поражении митрального клапана наблюдается систолический шум, при аортальном – диастолический шум. Начало проявлений эндо- и эндомиокардита начинается с повышения температуры до 38-39^oC, бледности кожных покровов, болей в области сердца, потливости и ухудшения общего состояния. Эндокардит может закончиться благоприятно, при неблагоприятном исходе формируются пороки сердца.

Перикардит – воспаление наружной оболочки сердца, данная патология не развивается самостоятельно, чаще присоединяется к миокардиту и эндокардиту. Разделяется на сухой и экссудативный. Сухой перикардит сопровождается болями в сердце и одышкой, которые усиливаются при физической и эмоциональной нагрузке, аускультативно - шумом трения

перикарда. Состояние ребенка при экссудативном перикардите зависит от скорости и величины накопления экссудативной жидкости. При остром развитии у ребенка развивается резкое ухудшение состояния, выраженная бледность кожных покровов и цианоз губ, выраженная тахикардия и одышка, характерны тупые боли в сердце. Артериальное давление снижено, пульс частый. У ребенка развивается сердечно - сосудистая недостаточность [14].

Внесердечные проявления ревматизма разнообразны, что определяется генерализованным характером ревматического процесса. К внесердечным проявлениям относятся:

- суставные поражения - артрит или полиартрит;
- поражение центральной нервной системы - малая хорея;
- поражения кожи в виде кольцевидной эритемы и ревматических узелков;
- возможны различные поражения ряда внутренних органов.

Ревматический полиартрит всегда возникает в начале ревматической болезни. Поражаются средnekрупные суставы: коленные, голеностопные, локтевые, лучезапястные. Полиартрит при ревматизме характеризуется множественностью, летучестью болей и симметричностью. Суставы у детей очень болезненны, опухают, кожа над ними гиперемирована и горячая на ощупь. После лечения противовоспалительными средствами, проявления ревматического полиартрита проходят, и деформации суставов не остается. Реже возникают артралгии, при которых возникает боль в суставах, но отсутствуют видимые изменения в них.

Поражение нервной системы у детей проявляется в виде малой хорей – это расстройство ЦНС, сопровождающееся беспорядочными мышечными сокращениями и двигательными нарушениями, которая встречается у 12-17% детей. Проявляется заболевание с появления эмоциональной неустойчивости (плаксивость и раздражительность), наблюдается общая слабость, а также двигательное беспокойство ребенка. Основные клинические признаки развиваются через несколько недель после наступления заболевания:

1) гиперкинезы - непроизвольные движения различных групп мышц, усиливающиеся при эмоциональных и других внешних раздражителях, преимущественно прекращаются во сне;

2) мышечный гипотонус - снижение мышечного тонуса;

3) нарушение координации движений ребенка;

4) нарушение эмоционального состояния ребенка.

При малой хореи изменяется поведение ребенка, появляются подергивания мышц рук и лица, различные гримасы, нарушается походка и почерк. Движения ребенка неритмичные, в быстром темпе. При ярком симптоме гиперкинеза мышц гортани возникает нарушение глотания и речи. В психоэмоциональном состоянии ребенка отмечается раздражительность, плаксивость, неустойчивость настроения, общая слабость и утомляемость.

Течение малой хореи сопровождается с умеренным поражением сердечно - сосудистой системы и изменениями в лабораторных показателях. Течение малой хореи длительное, 2-3 месяца, иногда характерны рецидивы. На сегодняшний день у детей наблюдается стертая форма малой хореи, при которой отмечаются отдельные и менее выраженные признаки поражения нервной системы.

Поражения кожи в виде кольцевидной эритемы и ревматических узелков встречаются в последнее время редко. Кольцевидная эритема, или аннулярная эритема – сыпь, образующаяся на теле ребенка в виде розовых кольцевидных элементов, которая сопровождается зудом, не возвышается над поверхностью кожи и образует кружевной рисунок. Локализуется кольцевидная эритема на коже спины, живота, щек, груди и пораженных суставах. Имеет свойство летучести, в течение дня может исчезать и появляться несколько раз.

Ревматические узелки при острой ревматической лихорадке встречаются редко. Бывают различной величины от мелкой горошины до фасоли, плотные на ощупь, безболезненные, неподвижны и кожа над ними не изменена. Локализация узелков в области крупных суставов, по ходу сухожилий и

фасций. Ревматические узелки не оставляют следов на коже ребенка и медленно исчезают.

Поражения внутренних органов при ревматической болезни возникают в виде заболеваний легких, почек и печени у детей. При поражении легких встречается острая очаговая или долевая пневмония, при котором поражаются сосуды легких. У ребенка наблюдаются симптомы кашля, одышки, повышения температуры тела, тахикардия, в крови - нейтрофильный лейкоцитоз. При адекватной лекарственной терапии характерно благоприятное течение и исход. Поражения почек выражается в синдроме лихорадочной алерго-токсической нефропатии, для которой характерны гематурия (эритроциты в моче) и цилиндрурия. Гепатит у детей встречается в экссудативной фазе ревматизма, при адекватном лечении все клинические проявления бесследно исчезают [7].

Таким образом, в настоящее время ревматизм в детском возрасте характеризуется преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы, и внесердечными поражениями суставов, реже ЦНС и кожи. Все ревматические поражения внутренних органов встречаются редко и в период активной фазы болезни.

1.3. Организация лечебно-профилактической помощи детям при ревматизме

Лечение ревматизма в детском возрасте обязательно должно быть этапным, комплексным и длительным. Преимущественное значение имеет медикаментозная терапия, направленная на ликвидацию стрептококковой инфекции, подавление воспаления соединительной ткани и уменьшение сенсibilизации организма.

Лечебные мероприятия для ребенка с ревматической болезнью проводятся в 3 этапа:

1. стационарное лечение - до 4-6 недель;

2. санаторно – курортное лечение;
3. диспансерное наблюдение у ревматолога в детской поликлинике до передачи пациента во взрослую сеть лечебно-профилактических учреждений[9].

Первый этап лечебно-реабилитационных мероприятий в стационаре решает следующие задачи:

1. ликвидировать источник инфекционного заболевания;
2. улучшить функции сердечно - сосудистой системы - компенсировать недостаточность кровообращения и предупредить формирование пороков сердца;
3. адаптировать к двигательному режиму в соответствии с характером и активностью процесса;
4. нормализовать нервно-психическую сферу ребенка.

В стационаре ребенку назначают строгий постельный режим с постепенным расширением двигательной активности, переход на постельный, полупостельный и на палатный режим. Врач определяет срок соблюдения режима в зависимости от степени активности ревматического процесса.

При 2 и 3 степени активности врач назначает на несколько недель строгий постельный режим. Во время строгого постельного режима умывание, кормление и туалет ребенка проводится медицинским персоналом в кровати, лечебная физическая культура не проводится, разрешается дыхательная гимнастика. В этом режиме ребенку обеспечивается полный физический и психический покой.

Затем устанавливается постельный режим на 2-3 недели, разрешается менять положение в кровати, кушать над кроватьным столиком, немного играть в настольные игры, назначают общий массаж без силовых приемов, лечебную гимнастику (ЛФК), утреннюю гимнастику, лечебную физическую культуру для малых мышечных групп в медленном темпе и дыхательную гимнастику [11].

При выборе упражнений и дозировки для занятий ЛФК при ревматизме учитывается характер течения, фаза, общее состояние ребенка, его физическое

развитие. Основная цель ЛФК - повышение общего тонуса, улучшение состояния миокарда и периферического кровообращения, улучшение дыхания, стимуляция обмена веществ, улучшение подвижности суставов, укрепление нервной системы ребенка.

Занятия ЛФК на постельном режиме включает в себя дыхательные упражнения, упражнения на расслабление, упражнения с участием мелких мышечных групп, поглаживающий массаж. Длительность упражнений 5-7 минут. Постепенно увеличивается количество упражнений по мере самочувствия ребенка. При улучшении общего состояния ребенка назначаются упражнения, выполняемые в положении сидя, с увеличением их количества и числа повторений. Утренняя гимнастика проводится в положении лежа, но включает меньшее количество упражнений и проводится до начала завтрака.

Занятия ЛФК на полупостельном режиме проводят по группам и в зале. Целью является укрепление мышечной системы, восстановление механизмов сердечно-сосудистой, дыхательной систем к нарастающей физической нагрузке и расширению режима. Детям разрешается трехразовое посещение столовой, посещение процедур в сопровождении медицинского персонала. Упражнения выполняются сидя, рассчитанные на участие разных групп мышц, общеукрепляющие, дыхательная гимнастика, упражнения на расслабление мышц, малоподвижные игры. Длительность по 10-12 минут.

При палатном режиме ЛФК проводятся с целью улучшения адаптации сердечно-сосудистой и дыхательной систем к физической нагрузке. Упражнения проводятся стоя, включается ходьба и малоподвижные игры, длительность занятий 15-20 минут.

При изменении общего состояния, возобновления клинических симптомов или изменения лабораторных показателей физическая нагрузка снижается или временно отменяется, ребенка переводят на менее нагрузочный режим [8].

Особенности работы медицинской сестры в кардиологическом или педиатрическом отделениях с пациентами больными ревматизмом заключаются:

- контроль общего состояния ребенка: термометрия, измерение артериального давления, подсчет пульса, частоты дыхательных движений, состояние кожи, накопление отеков в подкожно-жировой клетчатке;
- контроль постельного, двигательного, психологического режима у ребенка;
- соблюдение диетотерапии;
- соблюдение санитарного режима в палате: проветривание, температурный режим;
- строгое выполнение врачебных назначений.

Второй этап лечебно-реабилитационных мероприятий в санатории решает следующие задачи:

1. полностью ликвидировать ревматический процесс;
2. нормализовать функциональные показатели сердечно - сосудистой системы, при формировании порока - обеспечить стойкую компенсацию;
3. повышение неспецифической сопротивляемости организма;
4. нормализация физической и двигательной активности ребенка [11].

В неактивной фазе ревматической болезни реабилитация ребенку продолжается 2-3 месяца в кардиоревматологическом санатории, где проводится долечивание и назначается режим в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы и прошедшего времени после ревматической атаки, а также характера поражения сердечных клапанов и состояния кровообращения. Перевод ребенка из стационара в специализированный санаторий имеет важное значение. Направление в санаторий детей с активно протекающим ревматическим процессом противопоказано. Дети направляются в тех случаях, если в течение 10-12 месяцев после приступного периода не было заболеваний, связанных со стрептококковой инфекцией или каких-либо признаков, указывающих на

ревматический процесс, а также при наличии стабильных лабораторных показателей нормы.

Основой лечения и реабилитации ребенка в санатории является комплекс оздоровительных мероприятий: соблюдение режима дня с максимальным пребыванием на свежем воздухе, рациональное питание, лечебная гимнастика, витаминотерапия, грязелечение, воздушные и солнечные ванны. Для тренировки и укрепления сердечно - сосудистой системы детям с ревматическими пороками сердца применяют дозированные физические нагрузки в виде пешеходных прогулок и восхождений. Обязательно продолжают медикаментозное лечение, проводят бициллинопрофилактику. По показаниям могут проводить оперативные вмешательства по поводу хронических тонзиллитов и аденоидов. Таким образом, санаторий является одним из важных звеньев в лечебно-профилактической помощи детям с ревматизмом. При своевременном этапном лечении в санатории достигаются хорошие результаты.

На третьем этапе реабилитации ребенок находится на диспансерном наблюдении у ревматолога с целью выявления активации ревматического процесса и круглогодичной профилактики рецидива. Диспансерное наблюдение предусматривает улучшение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, повышение иммунитета ребенка и санацию хронических очагов. После перенесенной ревматической атаки ребенок находится на учете в течение 5 лет в зависимости от клинического течения болезни [3].

Лабораторное обследование ребенка (анализы крови, мочи, пробы на активность процесса и др.) проводят после каждого случая ОРВИ и ангины, а также других стрептококковых инфекциях. В течении первого года после болезни детям назначается ЛФК в поликлинике, после чего ребенка определяют в подготовительную физкультурную группу и на третьем году в основную группу без спортивных соревнований.

Одним из важных компонентов на всех этапах лечения и реабилитации ребенка с ревматизмом является диетотерапия, которая направлена на

подавление воспалительного процесса, восстановление метаболических процессов, укрепление соединительнотканых структур. В основе диетотерапии учитывается степень активности болезни, симптоматика, обменные нарушения, общее состояние ребенка, возраст, вес, уровень физической активности, наличие различных осложнений и прием лекарственных средств. Диетическое питание назначается столом №10 и меняется в зависимости от периода заболевания.

Основные принципы диеты:

1. употребление минимального количества жиров и углеводов;
2. употребление максимального количества витаминов, продуктов богатых калием и магнием;
3. поступление в организм 0.5-0.7 литров питьевой воды.

Диета № 10А, показана к назначению в активной фазе ревматизма третьей степени, при нарушениях кровообращения, атаке с полиартритом и ревмокардитом. Диета должна быть низкокалорийной с умеренным потреблением белков, ограничением углеводов, жидкости и поваренной соли. Режим питания - дробно небольшими порциями 5-6 раз в сутки. Показана щадящая кулинарная обработка – отваривание или приготовление на пару без соли. Во время подострой фазы заболевания меню можно изменить, увеличивают употребление белков, жиров, углеводов, воды и соли.

Диета № 10Б показана к назначению в неактивной фазе ревматической болезни без нарушения кровообращения, является менее строгой, нет ограничений в приеме жидкостей, разрешается потребление в малых количествах соли, жиров и углеводов.

В приложении 1 дипломной работы представлены особенности диетотерапии детям при ревматизме: разрешенные продукты, частично или полностью ограниченные продукты, примерное меню на день.

Профилактика ревматизма делится на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика, направлена на предупреждение развития заболевания у здоровых детей и включает мероприятия общего плана, среди которых первостепенно борьба со стрептококковой инфекцией.

Неспецифическая профилактика включает в себя: правильное физическое развитие ребенка, соблюдение режима дня, достаточный отдых, закаливание с первых месяцев жизни, пребывание на свежем воздухе, рациональное питание и достаточную физическую активность.

При стрептококковой инфекции у ребенка необходимо обязательно провести его изоляцию, чтобы раннее выявить и начать лечение, а также не допустить распространение заболевания. Обследование всех членов семьи на носительство данной инфекции, антибиотикотерапия при заболеваниях носоглотки и ангиной, санация хронических очагов инфекции – это мероприятия специфической профилактики ревматизма.

Вторичная профилактика ревматизма направлена на предупреждения возобновления заболевания (рецидива) и прогрессирование перенесенной ревматической атаки, то есть формирование пороков сердца.

Профилактика проводится круглый год введением бициллина-5, детям до 10 лет назначается в течении 5 лет после перенесенной болезни в дозе 750000 ЕД, детям старше 10 лет дозой 1500000 ЕД один раз в 3-4 недели. В весенний (март - апрель) и осенний (октябрь - ноябрь) назначаются одновременно нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) продолжительностью 1 месяц.

Детям, находящимся в группе риска по развитию пороков сердца, назначается круглогодичная профилактика бициллином-5 до 18-20 лет. Также могут применяться пролонгированные антибиотики (ретарпен, экстенциллин) 1 раз в месяц детям до 10 лет дозой 1200000 ЕД, детям старше 10 лет по 2400000 ЕД.

При обострениях хронических носоглоточных инфекций одновременно с бициллином-5 проводят лечение антибиотиками (цефалоспорины, пенициллины) 7-10 дней вместе с НПВП [6].

Третичная профилактика направлена на реабилитацию детей, которые имеют расстройство функций и систем, осложнения. Включает в себя санаторно-курортное лечение, поддержания компенсации при сформировавшихся пороках сердца, постоянное лечение и обеспечение психологической помощи детям.

Таким образом, на основании проведенного теоретического анализа заболеваемости ревматизмом в детском возрасте, можем сделать следующие выводы:

1. Ревматизм представляет собой воспалительное заболевание соединительной ткани с поражением преимущественно сердечно - сосудистой системы. Причиной развития данного заболевания чаще является перенесенная стрептококковая инфекция гемолитического стрептококка группы А. После чего, вырабатываются токсины и образуются аутоантигены, в результате после повторных заболеваний организм ребенка алергизируется и приводит к воспалительным проявлениям характерным для ревматической лихорадки.

2. Проявления ревматизма разнообразны и зависят от локализации и степени активности процесса. Поражает в основном сердце, суставы, ЦНС, а также кожные покровы, в некоторых случаях и другие внутренние органы. При поражении сердечно - сосудистой системы развивается ревмокардит (миокардит, эндокардит, перикардит), который может привести к приобретенным порокам сердца. Поражение крупных и средних суставов проявляется воспалительными симптомами и «летучими» болями, в дальнейшем не вызывают деформации. Реже отмечается поражение ЦНС в виде малой хореи, во время которой у ребенка развиваются гиперкинезы, нарушается речь и письмо, а также поражения кожных покровов (аннулярная эритема, ревматические узелки). Все проявления встречаются редко и в период активности процесса.

3. Лечение и реабилитация ревматизма в детском возрасте является длительной, направлена на восстановление функций организма ребенка, повышением стойкости иммунитета и предупреждением рецидива заболевания.

4. Профилактика ревматизма условно подразделяется на специфическую, при которой проводится введением бициллина длительное время, и неспецифическую. Включает занятия ЛФК и постепенное ее расширение, соблюдение рациональной и сбалансированной диетотерапии, правильного режима дня, проведение лечебной гимнастики, массажа, закаливания организма, адекватного лечения стрептококковых инфекций.

ГЛАВА 2. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РЕВМАТИЗМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

2.1. Организационная характеристика базы исследования – ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 4» г. Белгорода

ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 4» г. Белгорода реорганизована в 1984 году. В настоящее время поликлиника оказывает медицинскую помощь 35116 детям и подросткам. Лечебно-профилактическое учреждение осуществляет амбулаторно-поликлиническую помощь по 33 врачебным специальностям (педиатрия, отоларингология, неврология, офтальмология, хирургия и ортопедия, эндокринология и гастроэнтерология, детская гинекология, аллергология - иммунология и др.). Одним из востребованных направлений среди пациентов поликлиники является оздоровление в условиях дневного стационара, где оказывается широкий спектр услуг: современные диагностические процедуры (лучевая диагностика, ультразвуковая, функциональная, эндоскопическая и др.), медикаментозное лечение в сочетании с многообразием физиотерапевтических процедур.

В структуре поликлиники 4 педиатрических отделения, консультативно-диагностическое отделение, отделение медико-социальной помощи, информационно-аналитическое отделение, дневной стационар с планируемой мощностью 20 коек в 3 смены, отделение восстановительной медицины на 100 посещений в смену, оснащенное самыми современными лечебно-тренажерными комплексами, бассейнами для детей, в том числе для занятий с детьми - инвалидами. В поликлинике оснащены и успешно функционируют операционный блок для амбулаторной хирургии и отоларингологии, клиничко-диагностическая лаборатория, прививочные и процедурные кабинеты.

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 597н от 19.08.2009 «Об организации

деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» и в целях реализации комплекса мер, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации 1 декабря 2010 года на базе ОГБУЗ «Городская детская поликлиника №4 города Белгорода» открылся Центр здоровья по формированию здорового образа жизни у детей и подростков. Его главная задача — обследовать маленьких пациентов, выявить отклонения и при необходимости акцентировать на патологиях внимание лечащих врачей и родителей. Здесь бесплатно принимают ребят не только из города, но и районов области. За смену медики принимают более 25 человек, это дети от 6 до 17 лет. Оснащение Центра здоровья для детей создает оптимальные условия для проведения комплексных оздоровительно-восстановительных мероприятий на основе:

- оценки функциональных и адаптивных резервов детского организма;
- динамического наблюдения за группами риска развития неинфекционных заболеваний;
- прогноза состояния здоровья, консультирования по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- разработки индивидуальных рекомендаций по сохранению здоровья;
- организации мониторинга показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

2.2. Социологическое исследование «Организация и проведение профилактики ревматизма в детском возрасте»

По статистическому анализу распространенность заболеваний системы кровообращения среди детей от 0 до 14 лет за 2017 год в Белгородской области

снизилось на 8,1%. Общая заболеваемость детей возрастом от 0 до 14 лет острой ревматической лихорадкой составляет в Белгородской области - 2% за 2017 год (в сравнении с 2016 годом – 0%). Хронические ревматические болезни сердца составляют за 2017 год – 0%, в сравнении за 2016 год – 1%.

Следовательно, можно отметить, что: за 2017 год в Белгородской области снизился процент заболеваний системы кровообращения в целом. По общей заболеваемости ревматизмом за 2017 год в несколько раз увеличился процент роста болезни, чем за предыдущий год.

С целью изучения профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике ревматизма у детей было проведено социологическое исследование на базе ОГБУЗ «Городской детской поликлиники №4» г. Белгорода. Для чего нами была составлена анкета, которая заполнялась методом опроса, представленная в приложении 2 данной работы. Анкета включает 25 вопросов, направленных на определение информированности родителей о заболевании и деятельности медицинских сестер в профилактике ревматизма у детей. В анкетировании приняли участие 30 респондентов, из которых 22 здоровых респондента и 8 респондентов, имеющих хронические ЛОР - заболевания.

Возрастной портрет респондентов представлен в основном пациентами школьного возраста: 8-9 лет (50%), 6-7 лет (33%), 10-11 лет (17%) (Рис. 1).

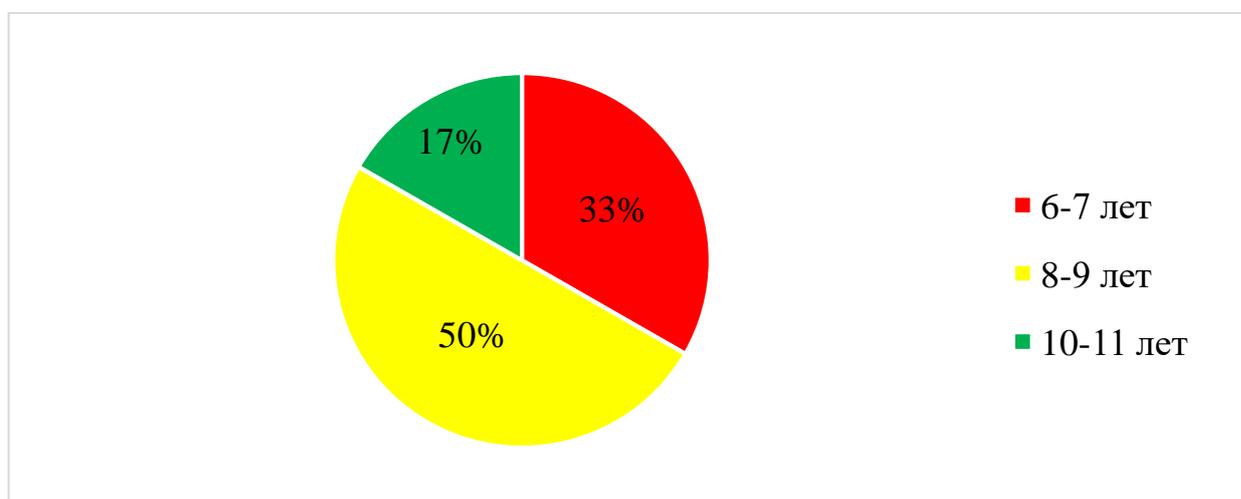


Рис. 1. Возрастной портрет респондентов

Профилактика любого заболевания, в том числе и ревматизма, прежде всего, включает информирование пациентов в вопросах сохранения здоровья и пропаганды соблюдения здорового образа жизни. По результатам исследования основным источником (77%) среди респондентов определен источник - медицинская литература (Рис. 2).

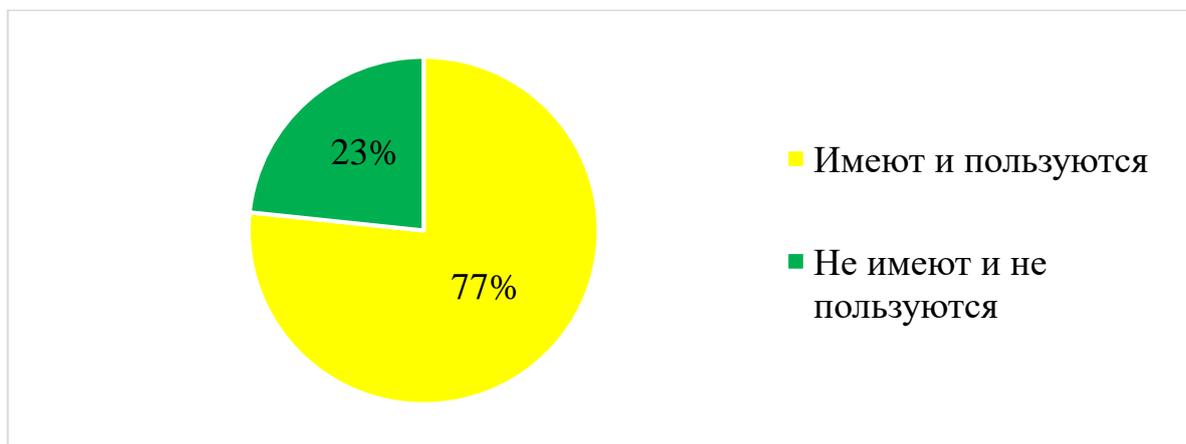


Рис. 2. Распределение респондентов по использованию медицинской литературы в домашних условиях

Из диаграммы можно видеть, что большинство респондентов имеют и пользуются различной медицинской литературой в домашних условиях.

Изученные данные о наличии и использовании респондентами медицинской аптечки дома показывают, что 90% респондентов пользуются медицинской аптечкой дома, у 10% респондентов - нет медицинской аптечки (Рис. 3).

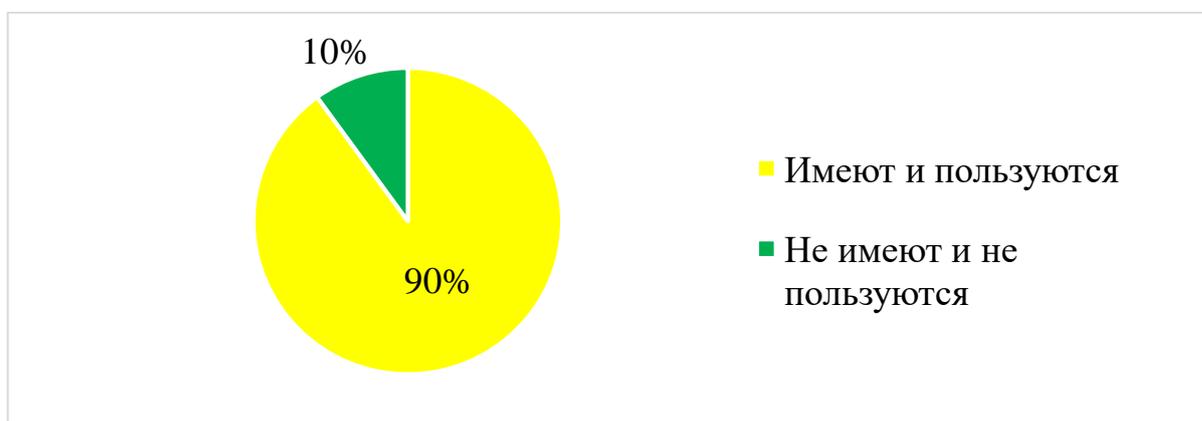


Рис. 3. Распределение респондентов по использованию медицинской аптечки

Изученные данные самооценки знаний респондентов по оказанию первой помощи при неотложных состояниях на диаграмме показывают, что 83% респондентов знают и выполняют данные правила (Рис. 4).

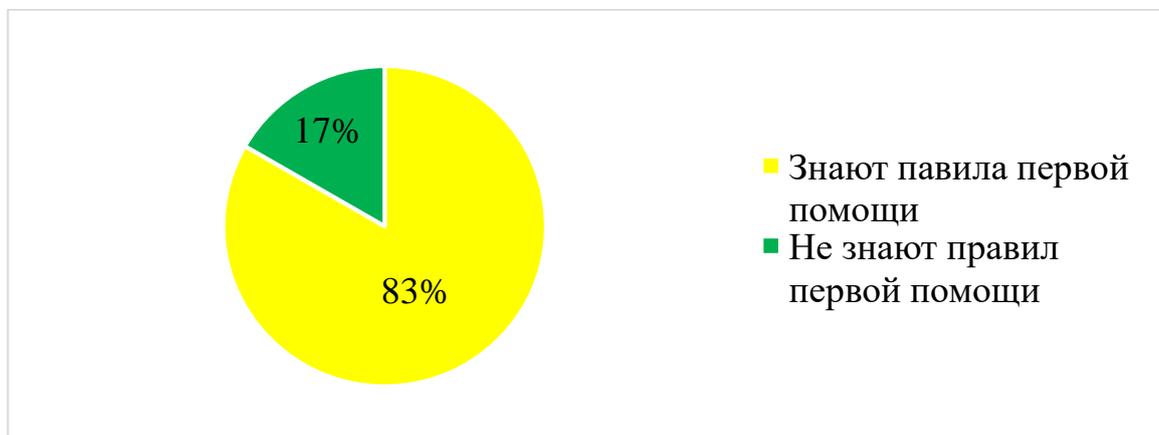


Рис. 4. Распределение респондентов в самооценке знаний оказания первой помощи

Первичная профилактика всех заболеваний, в том числе и ревматизма, направлена на своевременное обращение к медицинским работникам в ЛПУ. По итогам исследования сложилась следующая оценка того, что большинство (63%) респондентов не регулярно обращаются в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) для профилактических осмотров ребенка и 37% респондентов - регулярно (Рис. 5).

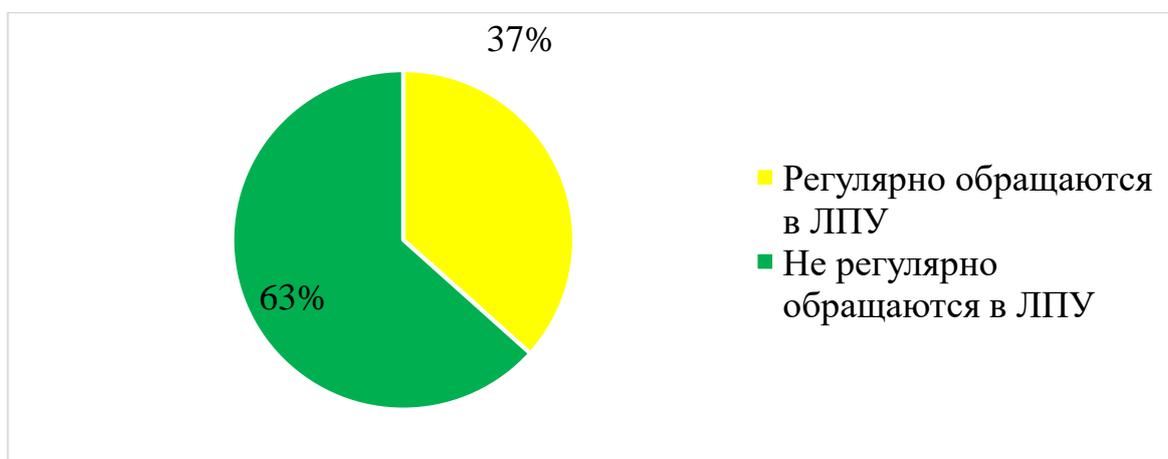


Рис. 5. Распределение респондентов по обращению в ЛПУ для проведения профилактических медицинских осмотров

Из диаграммы можно видеть, что большинство респондентов посещают медицинские учреждения в сроки, рекомендованные медицинскими работниками для профилактических осмотров.

Положительным результатом проведенного исследования являются данные о проведении профилактических прививок соответственно возрасту, которые составляют 100% респондентов (Рис. 6).

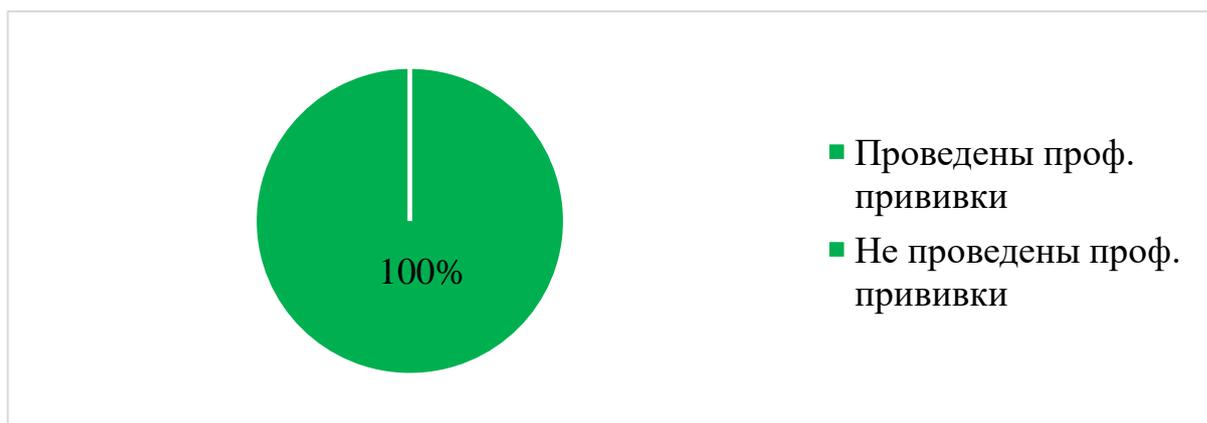


Рис. 6. Распределение респондентов по проведению профилактических прививок

Изученные данные об обращении респондентов в ЛПУ за помощью к медицинским работникам показывают, что 80% семей обращаются в поликлинику, как только появляются симптомы заболевания. Но требуют внимания то, что 20% родителей чаще прибегают к лечению дома (Рис. 7).

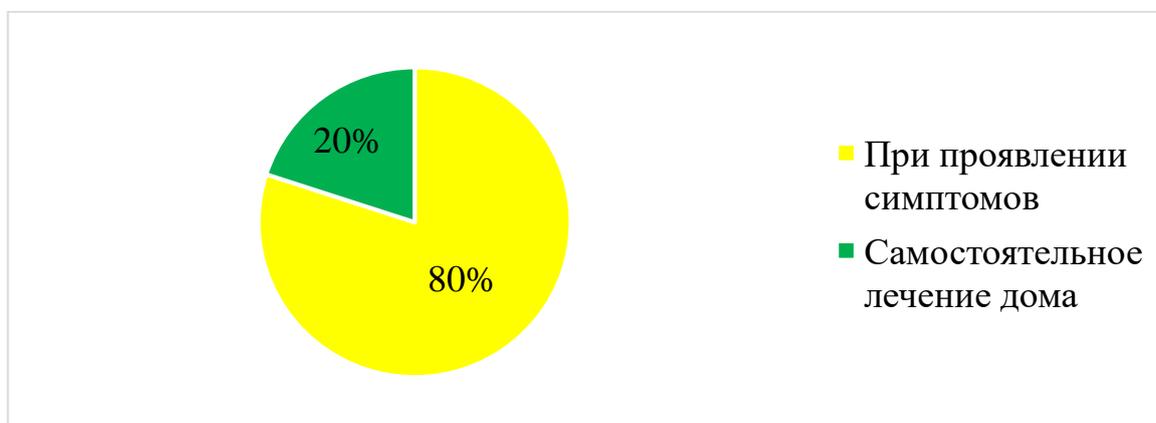


Рис. 7. Распределение респондентов по своевременности обращения в ЛПУ за медицинской помощью

Изученные данные о добросовестном выполнении респондентами предписаний медицинской сестры, свидетельствуют, что 93% респондентов выполняют рекомендации (Рис. 8).

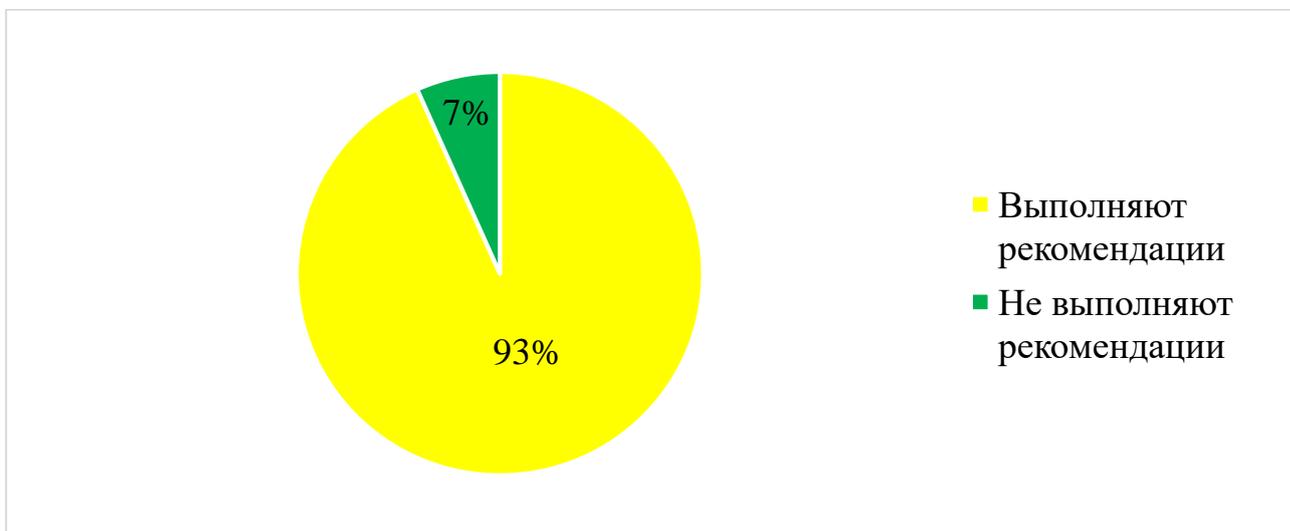


Рис. 8. Распределение респондентов по выполнению рекомендаций медицинской сестры

Одним из основных методов оздоровления детей и профилактики заболеваний является закаливание. По итогам исследования сложилась отрицательная оценка того, что большая часть (63%) респондентов не регулярно проводят закаливающие процедуры, только 37% - выполняют регулярно (Рис. 9).

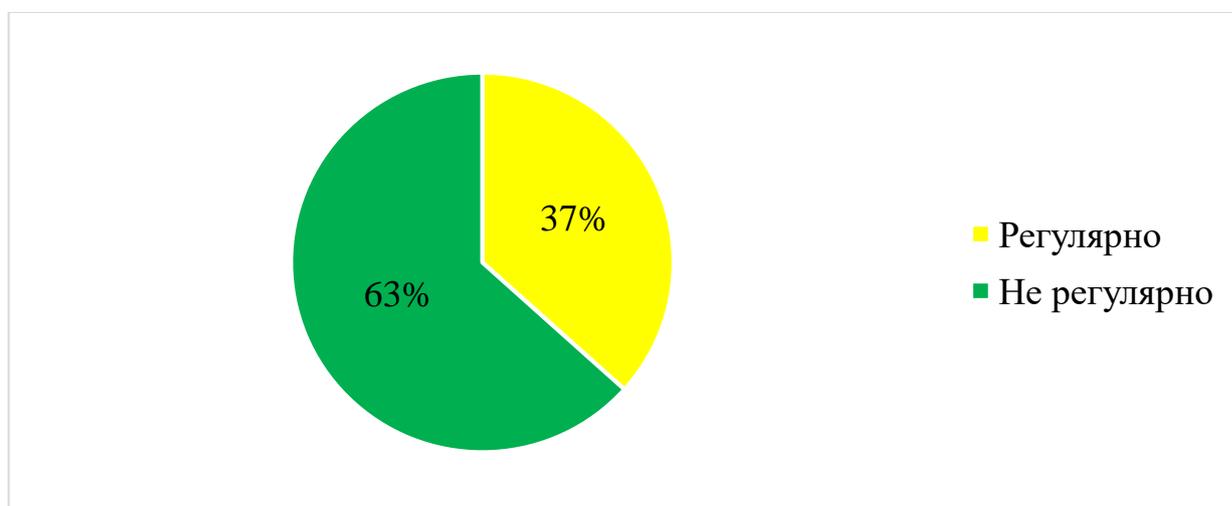


Рис. 9. Распределение респондентов по проведению закаливающих процедур

После определения регулярности проведения закаливающих процедур нами проанализированы их виды, представленные на диаграмме в процентном соотношении. Так 34% респондентов регулярно осуществляют прогулки на свежем воздухе, 33% респондентов проводят водные процедуры (обливания, обтирания и др.), 13% респондентов - воздушные ванны, 13% закаливаются с помощью солнца и 7% купаются в водоемах (Рис. 10).

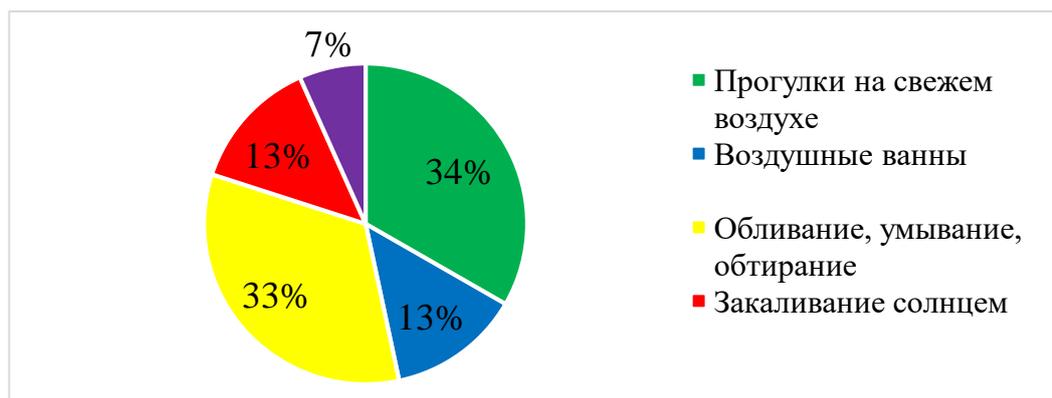


Рис. 10. Распределение видов выполнения закаливающих процедур респондентами

Следующий блок вопросов направлен на исследование распространенности заболеваний среди детей, так как чаще ревматизм развивается после перенесенных респираторных и других заболеваний. По результатам исследования 50% детей респондентов болеют 2-3 раза в год простудными заболеваниями, 30% болеют почти каждый месяц и 20% один раз в год (Рис. 11).

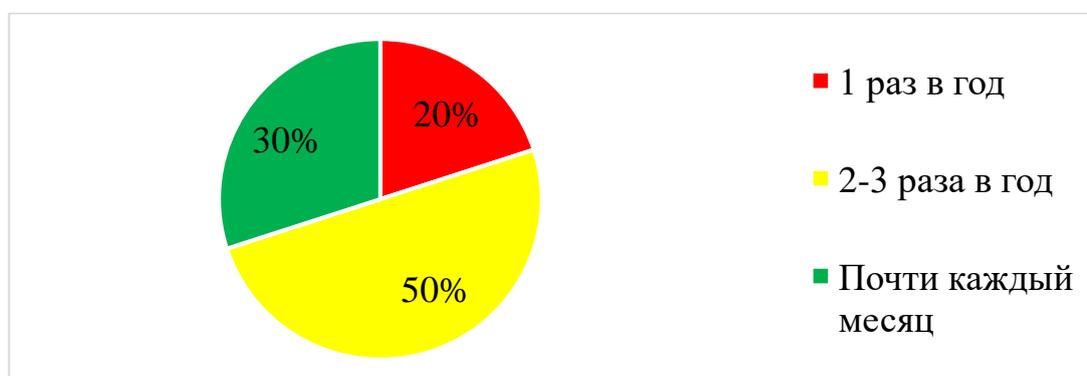


Рис. 11. Распространенность простудных заболеваний среди респондентов

Изученные данные о наиболее частых заболеваниях среди детей показывают, что 33% респондентов болеют фарингитом, 27% респондентов - ангиной, 27% - острыми респираторными вирусными заболеваниями (ОРВИ), 10% - отитом и 3% – скарлатиной (Рис.12).

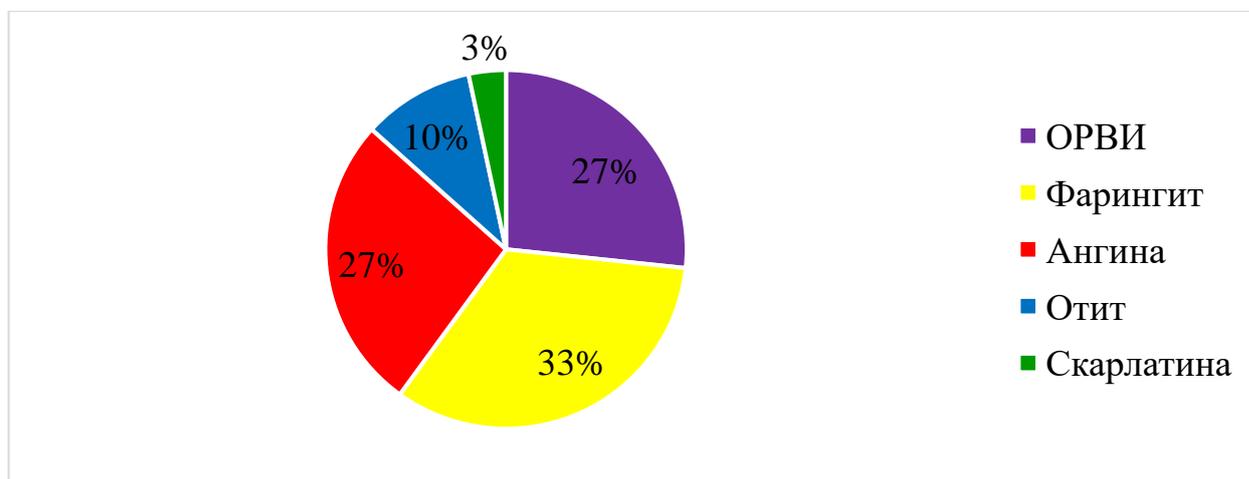


Рис. 12. Анализ заболеваемости среди детей респондентов

Отрицательными и требующими внимания являются результаты исследования, что 57% респондентов не каждый раз после возникновения простудного заболевания обращаются за медицинской помощью в ЛПУ (Рис. 13).

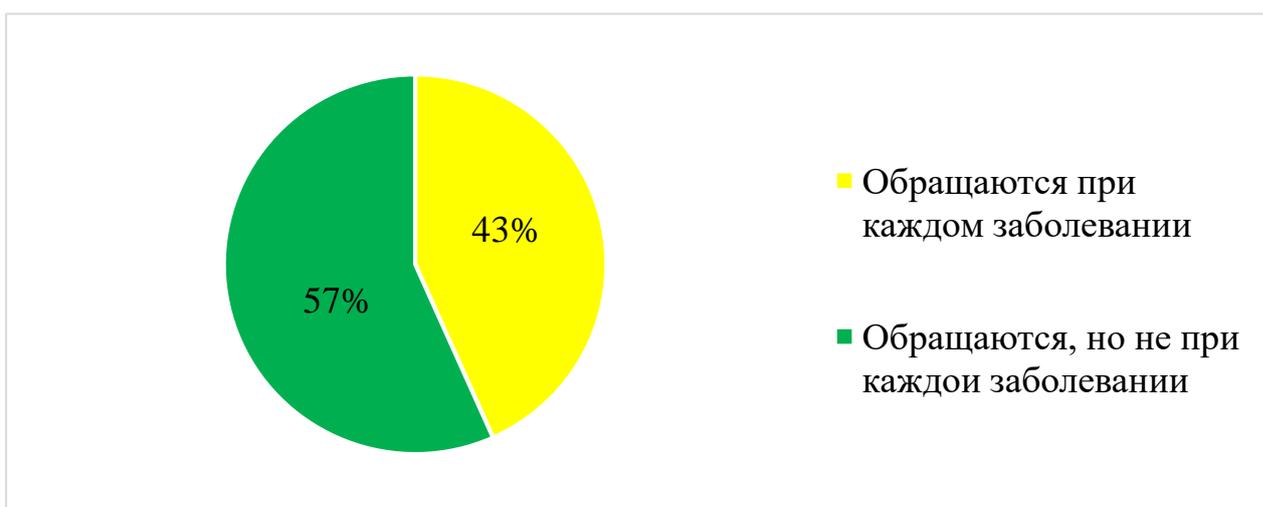


Рис.13. Распределение респондентов по обращению в ЛПУ за медицинской помощью при возникновении простудных заболеваний

Далее нами проанализированы данные о наличии ревматических симптомов после перенесенных простудных заболеваний. Результаты исследования свидетельствуют, что у 80% респондентов не отмечалось данные симптомы, у 13% детей имели место нарушения эмоционального состояния и у 7% - нарушения координации движения (Рис. 14).

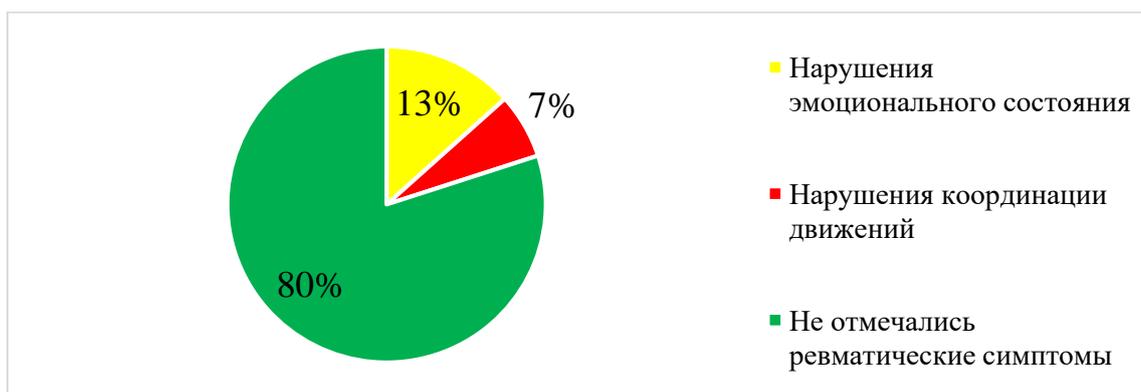


Рис.14. Распространенность ревматических симптомов после перенесенных простудных заболеваний среди детей респондентов

На основании проведенного теоретического анализа определено, что после часто перенесенных простудных заболеваний стрептококковой этиологии у детей может отмечаться переход в хроническую форму болезни. По итогам исследования сложилась следующая оценка того, что 73% респондента не имеют хронических форм заболевания ЛОР-органов и 27% респондентов - имеют (Рис. 15).

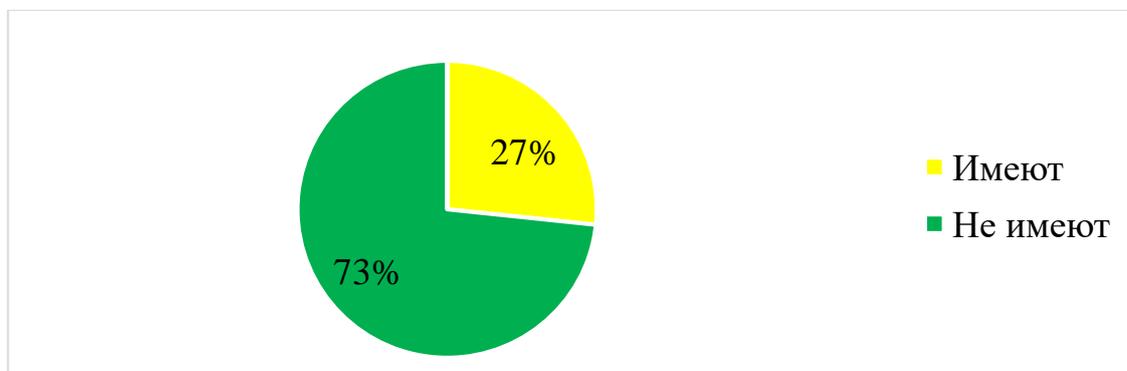


Рис. 15. Распространенность хронических заболеваний ЛОР-органов среди детей респондентов

Проанализированная распространенность хронических заболеваний у детей свидетельствует, что 40% респондентов не имеют хронических заболеваний, у 27% диагностирован хронический фарингит, у 17% - хронический синусит, у 13% наблюдается хронический отит и 3% - хронический тонзиллит (Рис. 16).

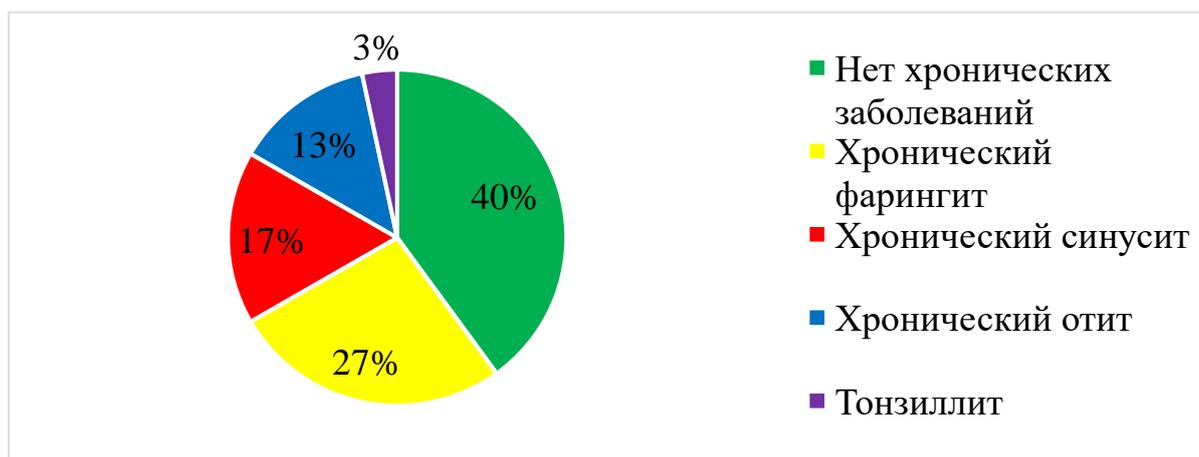


Рис.16.Распространенностьформ хронических заболеваний ЛОР-органов среди детей респондентов

При наличии хронических форм заболевания дети должны состоять на диспансерном учете в поликлинике. Неблагоприятно, что среди детей, имеющих по результатам исследования хронические заболевания ЛОР - органов, 93% респондентов не состояли на диспансерном учете, 7% респондентов состояли и получали лечение (Рис. 17).

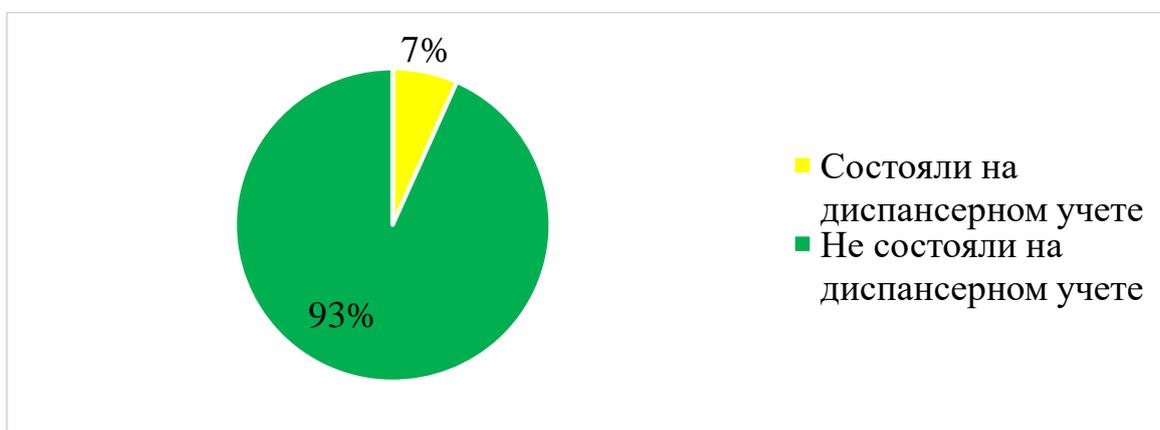


Рис. 17. Распределение респондентов по учету диспансерного наблюдения

Изученные данные о выполнении рекомендаций медицинской сестры пациентами, находящимися на диспансерном наблюдении, составили: 47% респондентов выполняют рекомендации на 100%, 40% респондентов - на 60-90% и 13% – на 50% и менее (Рис.18).

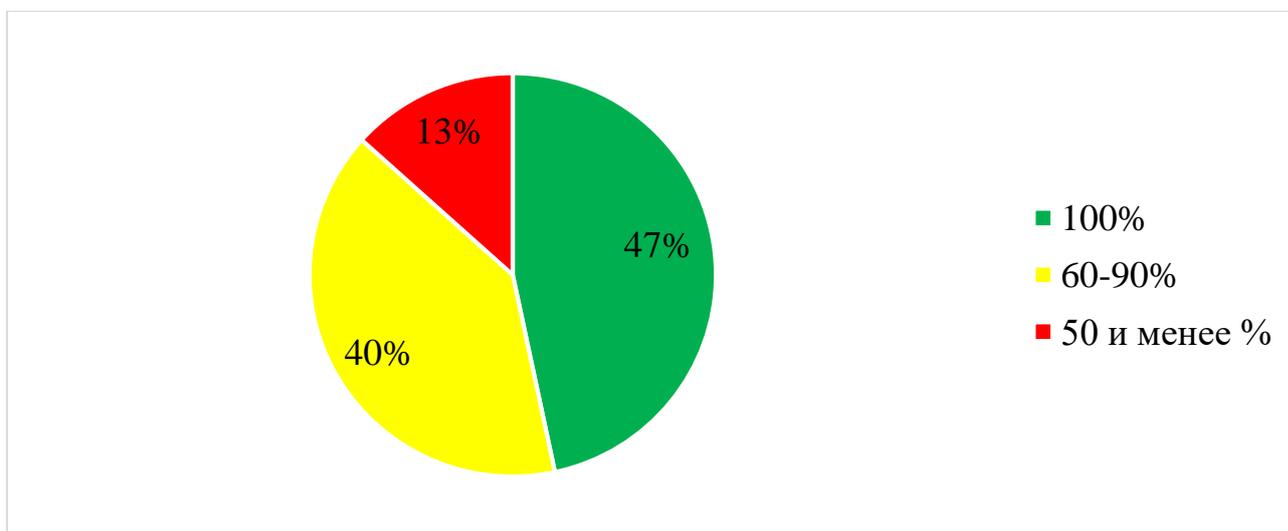


Рис.18. Распределение респондентов по выполнению рекомендаций медицинской сестры в период диспансерного наблюдения

Анализ источников информированности респондентов по профилактике ревматизма и правилах ведения здорового образа жизни среди семей представлен по данным диаграммы 19. Так 33% респондентов получают информацию из средств массовой информации (СМИ), 33% - из интернета, 17% - от врачей, 10% - от медицинских сестер, 7% - от родственников и друзей. Неблагоприятно, что медицинские издания, газеты и журналы не определены ни одним из респондентов (Рис. 19).

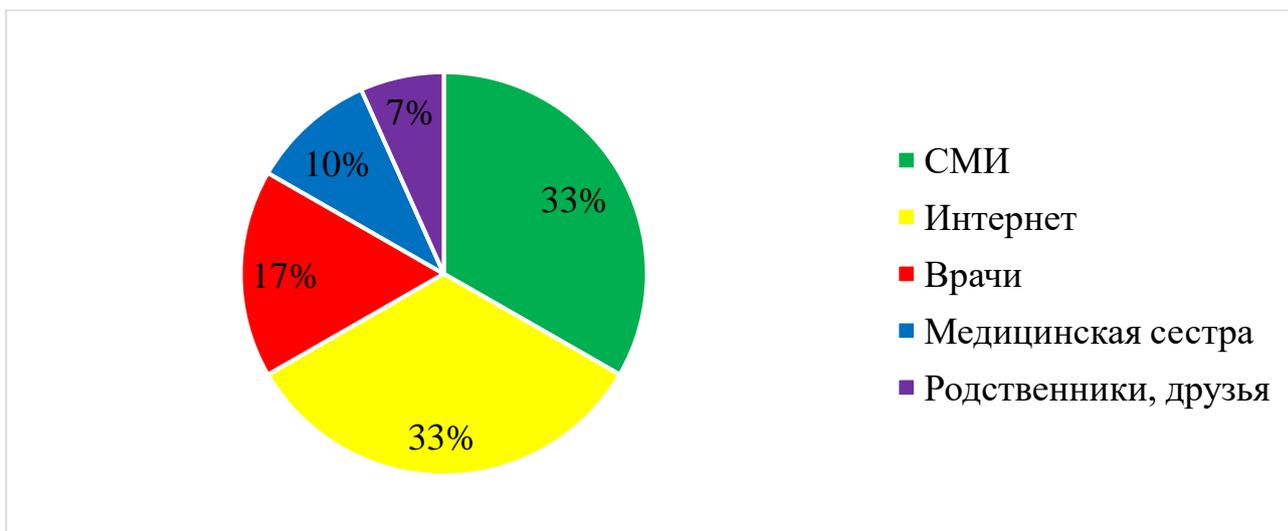


Рис. 19. Распределение источников информации по профилактике ревматизма и ведения ЗОЖ

Анализ информированности о профилактических мероприятиях по заболеваемости ревматизмом показывает, что 32% респондентов знают о соблюдении правил здорового питания и режима дня, 24% респондентов знакомы с такими профилактическими мероприятиями как регулярное проведение медицинского осмотра и закаливание, 21% респондентов знают о необходимости обязательного и правильного лечения стрептококковых инфекций (Рис. 20).

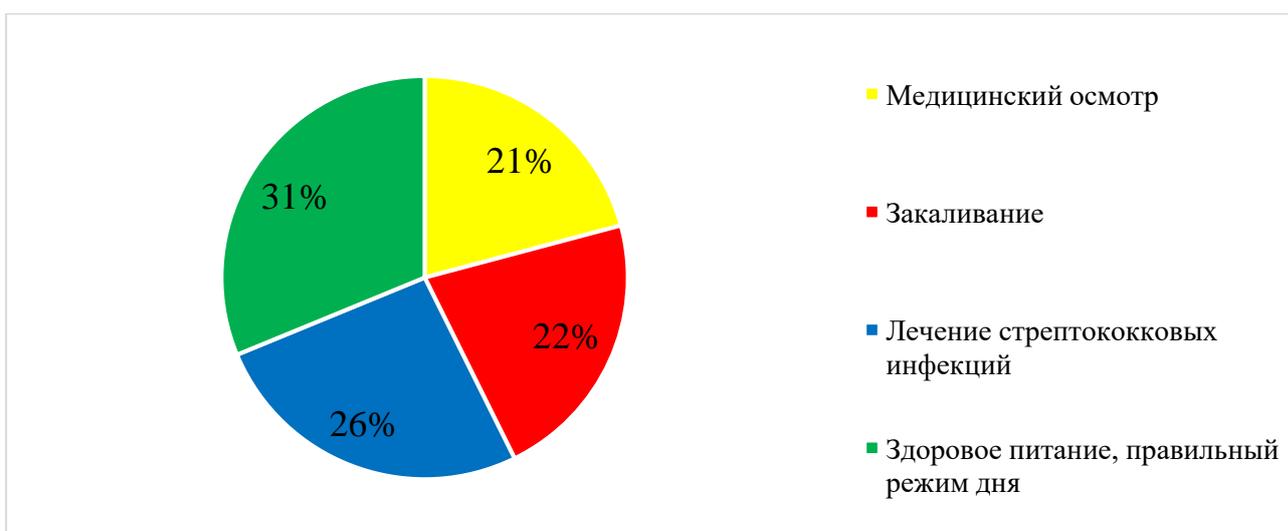


Рис.20. Распределение респондентов по информированности о профилактических мероприятиях заболеваемости ревматизмом

Основными методами санитарно-просветительной работы медицинской сестры в направлении профилактики заболеваемости ревматизмом по результатам исследования определены: 77% респондентов получают информацию при индивидуальной беседе, 13% респондентов пользуются памятками, бюллетенями и буклетами, 7% смотрят видеоролики о профилактике заболевания, 3% посещали лекции (Рис.21).

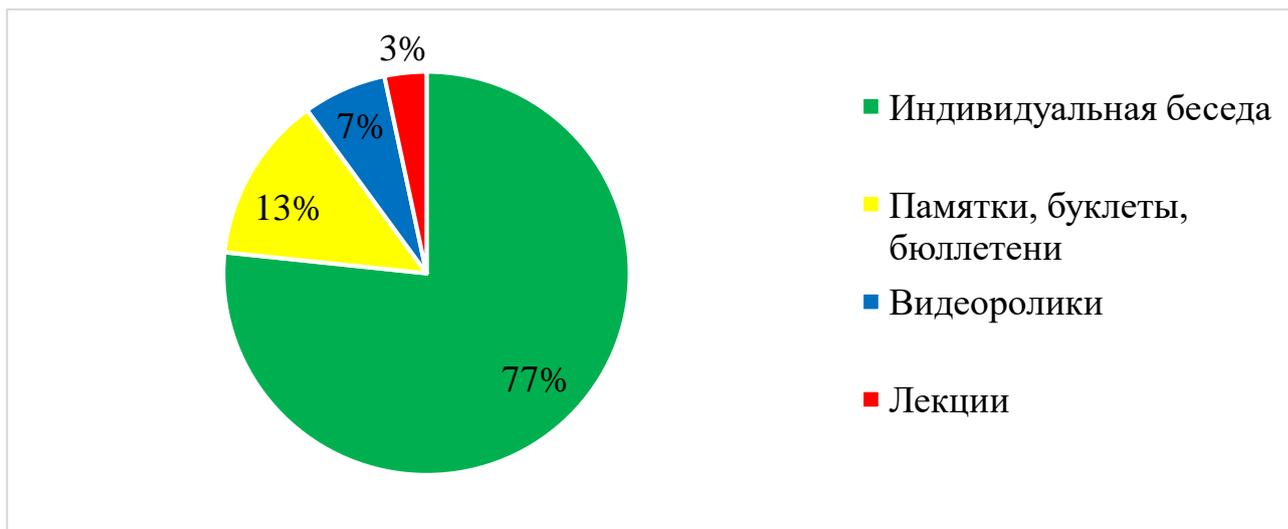


Рис.21. Распределение методов санитарно-просветительной работы медицинской сестры в направлении профилактики заболеваемости ревматизмом

Таким образом, по итогам проведенного социологического исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Возраст респондентов, в основном, составил 8-9 лет (50%).
2. Положительными результатами исследования является то, что большинство семей респондентов имеют и пользуются медицинской литературой (77%), а также медицинской аптечкой в домашних условиях (90%). 83% опрошенных знают правила оказания первой медицинской помощи и применяют при необходимости.
3. Благоприятно, что всем респондентам (100%) были проведены профилактические прививки соответственно возрасту.

4. Респонденты получают достаточную информацию по профилактике заболеваний (в том числе и ревматизма) и знают о предписаниях медицинской сестры (93%), но не все выполняют данные рекомендации (7%).

5. Требуют внимания результаты, свидетельствующие о том, что не регулярно обращаются в лечебно-профилактическое учреждение для прохождения профилактических осмотров 63% пациентов. Но при этом, респонденты своевременно обращаются в поликлинику за медицинской помощью при возникновении симптомов заболевания (80%), некоторые из опрошенных прибегают к самостоятельному лечению дома (20%).

6. Отрицательными результатами исследования являются также показатели того, что большая часть (63%) респондентов не регулярно проводят закаливающие процедуры. Мало знакомы с такими методами как закаливание солнцем (13%), воздушные ванны (13%), купание в водоемах (7%).

7. Половина респондентов болеют простудными заболеваниями 2-3 раза в год (50%), в основном среди пациентов определена заболеваемость фарингитом (33%), ОРВИ (27%) и ангиной (27%). Благоприятно, что после перенесенных инфекций ЛОР - органов у 80% респондентов не отмечалось симптомов ревматического поражения.

8. Респонденты, имеют хронические заболевания ЛОР - органов (73%), болеют в основном хроническим фарингитом (27%), хроническим синуситом (17%). Требуют внимания результаты исследования, что среди детей, имеющих хронические заболевания ЛОР - органов, 93% не состоят или не состояли на диспансерном учете. Но респонденты, которые находились на диспансерном наблюдении, выполняли рекомендации медицинской сестры на 100% (47%), на 50 % и менее (13%).

9. Респонденты, знают основную информацию по профилактике ревматизма и ведению здорового образа жизни, но не все выполняют рекомендации медицинской сестры. Основным источником получения информации является СМИ (33%) и интернет (33%), медицинская сестра (10%).

10. Среди профилактических мероприятий заболеваемости ревматизмом респонденты назвали: правила здорового питания и рационального режима дня (31%), своевременное и адекватное лечение стрептококковых инфекций (26%). Но, о необходимости прохождения медицинских осмотров (21%) и регулярного проведения закаливающих процедурах (22%) знают мало пациентов.

11. Респонденты знакомы с методами санитарно-просветительной работы из индивидуальных бесед медицинской сестры (77%), мало знакомы с информированием с использованием бюллетеней, буклетов (13%), просмотрами видеороликов (7%) и посещением лекций (3%).

2.3. Направления повышения эффективности сестринской профилактической помощи

На основании результатов проведенного социологического исследования нами разработаны рекомендации для медицинских сестер по совершенствованию мероприятий профилактики ревматизма у детей:

1. Медицинской сестре необходимо оповещать родителей и учебные заведения о ежегодном посещении детей на профилактические осмотры для диагностики факторов риска и раннего выявления заболеваний, чтобы получить своевременное и правильное лечения и не допустить появления хронических форм болезни или их осложнений.

2. Нужно беседовать с родителями о том, что при возникновении симптомов заболевания необходимо обращаться в поликлинику за медицинской помощью, а не прибегать к самостоятельному лечению дома, так как есть риск развития различных осложнений болезни.

3. Необходимо рассказывать родителям о различных методах закаливания для того, чтобы с раннего детства укреплять иммунитет и быть здоровым, а также снизить заболеваемость детей.

Беседовать с родителями об адекватном лечении ЛОР – органов, гигиеническом воспитании детей, которое включает: своевременное лечение зубов и соблюдение гигиены полости рта, формирование составляющих ЗОЖ, своевременное посещение педиатра при возникновении простудных заболеваний и предотвращения хронических форм.

4. Медицинской сестре нужно направлять детей с хроническими формами заболевания на диспансерное наблюдение, чтобы следить за развитием болезни и не допустить рецидива и осложнений болезни.

5. Необходимо проводить беседы с родителями непосредственно о заболеваемости ревматизмом, его клинических проявлениях, осложнениях, лечении и профилактике. Осведомлять о профилактике заболевания, к которой относится: соблюдение рациональной и сбалансированной диетотерапии по возрасту, правильного режима дня, проведение лечебной гимнастики, различных видов массажа, закаливающих процедур и адекватное лечение стрептококковых инфекций, а также введение бициллина длительное время.

6. Медицинской сестре нужно добиваться понимания с родителями по выполнению рекомендаций. Проводить не только индивидуальные беседы с родителями, а также предоставлять различные памятки, буклеты и бюллетени, медицинскую литературу и периодические издания о заболевании и его профилактике, видеоролики, рекомендовать посещения лекций. Предоставлять респондентам получение информации от медицинских работников, а не из СМИ и интернета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболеваемость ревматизмом среди пациентов детского возраста сохраняет актуальность в настоящее время. Ревматические пороки сердца остаются наиболее частой причиной летальных исходов в структуре болезней системы кровообращения в старшем возрасте и причиной инвалидизации лиц молодого трудоспособного возраста.

На основании теоретического анализа заболеваемости ревматизмом установлено, что в основном заболевание развивается в школьном возрасте на фоне перенесенной стрептококковой инфекции или ее хронического течения. Чаще вызывается гемолитическим стрептококком группы А и проявляется в виде ревмокардита, полиартрита, малой хореи и поражения кожных покровов. Лечение заболевания должно быть этапным, комплексным и длительным, поэтому профилактика ревматизма остается актуальной проблемой педиатрии.

Социологическое исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 4 г. Белгорода», так как диагностируется ревматизм преимущественно в условиях поликлиники, после чего требует дальнейшего лечения в стационаре и длительного наблюдения пациентов на диспансерном учете.

По результатам проведенного нами социологического исследования среди родителей и пациентов, имеющих хронические заболевания, мы определили, что семьи респондентов имеют и пользуются медицинской литературой, аптечкой и знают правила оказания первой медицинской помощи, т.е. имеют минимальные знания профилактики заболеваний, в том числе и ревматизма. Но большинство респондентов не регулярно обращаются в поликлинику для профилактических осмотров. Чаще пациенты обращаются в поликлинику при появлении симптомов заболеваний, но некоторые семьи предпочитают самостоятельное лечение дома. В основном дети болеют простудными заболеваниями 2-3 раза в год (фарингит, ОРВИ, ангина).

Благоприятно, что у респондентов не отмечалось ревматических симптомов после перенесенных ЛОР - инфекций. Некоторые респонденты имеют хронические формы ЛОР - заболеваний, и неблагоприятно, что не все состоят или состояли на диспансерном учете в поликлинике.

Основное количество респондентов добросовестно выполняют рекомендации медицинской сестры по профилактике ревматизма и других заболеваний, но профилактические мероприятия закаливания не применяются в семьях. Родители получают информацию из СМИ и интернета, но мало информированы медицинскими сестрами с использованием наглядных материалов (плакатов, буклетов, памяток, санитарных бюллетеней и др.). А также респонденты не смотрят видеоролики и не посещают лекции по профилактике заболеваний.

Таким образом, профессиональная деятельность медицинской сестры, прежде всего, должна быть направлена на раннюю диагностику заболеваний ЛОР - органов (совместно с врачом – педиатром), а также других заболеваний дыхательной системы с целью своевременного и адекватного лечения стрептококковых инфекций и предотвращения хронических форм заболеваний. Соответственно, для профилактики ЛОР – инфекций и, возможного развития ревматизма, медицинская сестра должна проводить санитарно-просветительскую работу в направлении укрепления иммунитета ребенка, обязательного и регулярного проведения закаливающих процедур, массажа, соблюдения рационального питания, которое соответствует возрасту и обогащено витаминами, минералами, соблюдения режима дня и сна, ежедневных прогулок на свежем воздухе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бронзов, И.А. Ревматизм [Электронный ресурс]. / И.А. Бронзов, Долгополова А.В. - М.: Медицина, 2015. – Режим доступа: http://www.ordodeus.ru/Ordo_Deus12_Revmatizm.html. – 34с.
2. Воронцов, И.М. Ревматизм у детей: старое и новое [Текст] / И.М. Воронцов // Лечащий врач. – 2011. – 34с.
3. Ежова, Н.В. Педиатрия [Текст]: учебник / Н.В. Ежова, Е.М. Русакова, Г.И. Кащеева. – 8-е изд., испр. – М.: Высшая школа, 2014. – 639с.
4. Конев, В. Диета при ревматизме [Электронный ресурс]. / В. Конев - М.: Медицина, 2016. – Режим доступа: <http://Medside.ru.html>. – 21с.
5. Кузьмина, В.В. Диета и правильное питание при ревматизме [Электронный ресурс]. / В.В. Кузьмина – М.: Медицина, 2017. - Режим доступа: http://www.ayzdorov.ru/lechenie_revmatizm_deti.php.html. – 23с.
6. Липницкая, П. Профилактика ревматизма у детей [Электронный ресурс]. / П. Липницкая – М.: Медицина, 2016. - Режим доступа: <http://mag.103.by/deti/15588-profilaktika-revmatizma-u-detej.html>. – 32с.
7. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medical-enc.ru/revmatizm/u-detey/lechenie-v-sanatoriyah-5.shtml.html>. – 45с.
8. Парамонова, Н.С. Основы ухода за детьми [Текст]: учебное пособие /Н.С. Парамонова. – М.: Новое издание, 2015. – 279 с.
9. Соколова, Н.Г. Справочник педиатра [Текст]: учебник для вузов / Н.Г. Соколова. – М.: Дрофа, 2016. – 232 с.
10. Соколова, А.С. Ревматизм у детей: симптомы и лечение [Текст] / А.С. Соколова // Семейный доктор. – 2015. – 345с.
11. Соломахин, А.В. Ревматизм у детей [Электронный ресурс]. / А.В. Соломахин – М.: Медицина, 2015. - Режим доступа: <http://здоровье.org/revmatizm-u-rebenka.html>. – 78с.

12. Справочник по лечению и уходу за детьми. Ростов н/Д.: Изд-во Рост. Ун-та, 1994. – 320с.
13. Тонкова-Ямпольская, Р.В. Основы медицинских знаний [Текст]: учебное пособие / Р.В. Тонкова-Ямпольская. М.: Просвящение, 2015. – 319с.
14. Тульчинская, В.Д. Сестринское дело в педиатрии [Текст]: учебник / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 383с.
15. Руководство по неотложной помощи [Электронный ресурс] / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970410189.html>. – 117 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТАМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

Разрешенные продукты при ревматизме у детей:

1. супы на овощном бульоне с добавлением тщательно разваренных овощей и круп;
2. диетические сорта нежирного мяса в отварном или запеченном виде (курица, индейка, кролик);
3. нежирных сортов рыбы (осетр, сельдь, тунец, форель), морепродуктов и морской капусты;
4. каши – гречневые, овсяные хлопья, рис, пшеничная крупа, чечевица, ячневая крупа, как в качестве гарнира и самостоятельного блюда;
5. вчерашний белый хлеб, сухое печенье;
6. несоленое сливочное масло, растительные масла холодного отжима (оливковое, льняное);
7. куриные яйца;
8. овощи, зелень и фрукты в сыром, тушенном и отварном виде (фрукты – цитрусовые, персики, яблоки, груши, бананы; овощи – свекла, морковь, капуста, кабачки, огурцы, тыква, сельдерей, укроп), из ягод - смородина;
9. молочные и кисломолочные нежирные продукты (творог, ряженка, кефир, йогурт);
10. орехи и сухофрукты (грецкие, кешью, семена льна, курага, чернослив);
11. некрепкий зеленый чай, свежевыжатые овощные и фруктовые соки, отвары шиповника, компоты из сухофруктов, морсы, негазированные слабо минерализованные щелочные воды.

Полностью или частично ограниченные продукты при ревматизме у детей:

1. мясные и рыбные наваристые бульоны;

2. жирные сорта рыбы и мяса (свинина, говядина, баранина, бекон), субпродукты (печень, почки, язык), колбасные изделия, мясные полуфабрикаты и копчености;

3. маринованные и соленые продукты (консервированные помидоры, огурцы, квашеная капуста);

4. свежий хлеб, кондитерские изделия, крахмал и дрожжи;

5. жирное цельное молоко и молочные продукты (молоко топленое, сливки, сметана), жирные соленые сыры;

6. пряности и специи, соусы, уксус, острые приправы;

7. бобовые (горох, соя, фасоль);

8. варенье, джем, шоколад и конфеты, изюм;

9. газированные напитки, некоторые виды крепких чаев, какао, кофе;

10. фрукты и ягоды (инжир, виноград);

11. овощи (баклажаны, помидоры, сладкий перец, грибы).

Примерное меню на день для ребенка с ревматизмом:

Утро (первый завтрак): 1 сваренное яйцо, 1 стакан зеленого чая, 1 персик.

Второй завтрак: свежий творог нежирный, теплый отвар шиповника.

Обед: суп на некрепком бульоне из мяса курицы, гречневая каша, салат из свежих овощей и зелени, 1 рыбная паровая котлета, компот.

Полдник: запеканка из творога, морс из ягод.

Ужин: отварное мясо цыпленка, салат из свеклы.

На ночь: 1 стакан кефира.

Анкета**«Организация и проведение профилактики ревматизма сестринской службой»**

Уважаемые родители, данное социологическое исследование проводится с целью определить проводимые профилактические мероприятия заболеваемости ревматизмом, имеющиеся проблемы в данном направлении с целью их минимизации и дальнейшего повышения качества оказания сестринской помощи населению по профилактике ревматизма у детей.

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. В некоторых вопросах возможен Ваш вариант ответа.

Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. Возраст Вашего ребенка _____.
2. Пол Вашего ребенка _____.
3. Вы считаете, источник Ваших медицинских знаний:
А) интернет; Б) телевидение; В) медицинская литература;
Г) Ваш вариант ответа _____
4. У Вас дома имеется и используется популярная медицинская литература:
А) да; Б) нет.
5. У Вас дома имеется и используется медицинская аптечка:
А) да; Б) нет.
6. Вы владеете знаниями оказания первой помощи при неотложных состояниях:
А) да; Б) нет.
7. Вы регулярно (1-2 раза в год) обращаетесь в медицинские учреждения в сроки, рекомендованные медицинскими работниками для профилактических осмотров Вашего ребенка:

А) да; Б) нет.

8. Вашему ребенку проведены все профилактические прививки соответственно возрасту:

А) да; Б) нет.

9. Как часто Вы обращаетесь в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) за помощью к медицинским работникам?

А) как только появляются симптомы заболевания;

Б) 1-2 раза в год, даже если не болею;

В) чаще прибегаю к лечению дома;

Г) вообще не посещаю ЛПУ;

Д) Ваш вариант ответа _____.

10. Всегда ли Вы добросовестно выполняете предписания медицинского работника?

А) почти всегда; Б) иногда;

В) никогда; Г) затрудняюсь ответить.

11. Закаливающие процедуры, массаж, гимнастика регулярно проводятся Вашему ребенку:

А) да; Б) нет.

12. Если Вы проводите мероприятия по закаливанию, то укажите какие (возможен выбор нескольких вариантов ответов):

А) прогулки на свежем воздухе;

Б) воздушные ванны;

В) умывание, обтирание, обливание, принятие душей или ванн;

Г) закаливание с помощью солнца;

Д) купание в водоемах;

Е) Ваш вариант ответа _____.

13. Как часто Ваш ребенок болеет простудными заболеваниями?

А) редко, практически не болею (1 раз в год);

Б) 2-3 раза в год;

В) почти каждый месяц;

Г) затрудняюсь ответить;

Д) Ваш вариант ответа _____.

14. Какими заболеваниями чаще всего болеет Ваш ребенок (возможен выбор нескольких вариантов ответов)?

А) ангина; Б) скарлатина; В) отит;

Г) тонзиллит; Д) ОРВИ;

З) Ваш вариант ответа _____.

15. Вы обращаетесь за медицинской помощью (к врачу) при вышеперечисленных заболеваниях?

А) да, при каждом заболевании;

Б) да, но не каждый раз;

В) нет;

Г) однократно;

Д) проходил(а) обследование.

16. Отмечались ли у Вашего ребенка после перенесенных простудных заболеваний следующие симптомы (возможен выбор нескольких вариантов ответа):

А) боли в области сердца;

Б) одышка, особенно выраженная после физической нагрузки;

В) боли в суставах;

Г) изменения в области суставов – отек, покраснение;

Д) нарушение координации движений;

Е) нарушение эмоционального состояния;

Ж) другие беспокоившие Вас симптомы _____.

17. Вы обращались к врачу по поводу наличия вышеперечисленных симптомов?

А) да; Б) нет; В) однократно;

Г) проходил(а) обследование;

Д) получаю лечение.

18. Имеются ли у Вашего ребенка хронические заболевания дыхательной системы?

А) да; Б) нет; В) затрудняюсь ответить.

19. Если у Вашего ребенка имеются хронические заболевания дыхательной системы, то укажите какие (возможен выбор нескольких вариантов ответов):

А) хронический отит; Б) хронический фарингит;

В) хронический синусит; Г) тонзиллит;

Д) Ваш вариант ответа _____.

20. Состоит ли Ваш ребенок и/или состоял на диспансерном наблюдении в связи с заболеванием?

А) да; Б) нет; В) затрудняюсь ответить.

21. Полнота выполнений Вами рекомендаций медицинских работников составляет:

А) 100%; Б) 60-90%; В) 50%; Г) менее 50%.

22. Лечение ребенка без медицинских рекомендаций в Вашей семье рекомендуется:

А) да; Б) нет.

23. Из каких источников Вы в основном получаете информацию о профилактике заболеваний (в том числе и ревматизма) и правилах ведения здорового образа жизни?(возможен выбор нескольких вариантов ответов)

А) Средства массовой информации (телевидение, радио и др.);

Б) Интернет;

В) Газеты, журналы;

Г) Специализированные медицинские издания, брошюры;

Д) В «Школе здоровья»;

Е) Врачи;

Ж) Сестринский персонал;

З) Родственники, друзья, знакомые;

И) Ваш вариант ответа _____.

24. С какими профилактическими мероприятиями заболеваемости ревматизмом Вы знакомы (возможен выбор нескольких вариантов ответов):

- А) регулярное (не реже 2-3 раз в год) проведение медицинского осмотра;
- Б) соблюдение правил здорового питания, режима дня;
- В) адекватное лечение стрептококковой инфекции;
- Г) закаливание;
- Д) Ваш вариант ответа _____.

25. С помощью каких методов, медицинская сестра с Вами проводила санитарно-просветительскую работу о профилактике заболеваний, в том числе и ревматизма:

- А) индивидуальная беседа;
- Б) лекции;
- В) бюллетени, памятки, буклеты, плакаты;
- Г) видеоролики;
- Д) Ваш вариант ответа _____.

Спасибо за участие в опросе!