

ФЕДЕРАЛЬНОГОСУДАРСТВЕННОЕАВТОНОМНОЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕУЧРЕЖДЕНИЕВЫСШЕГООБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙГОСУДАРСТВЕННЫЙНАЦИОНАЛЬНЫЙИССЛЕДОВАТЕЛЬ
СКИЙУНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙКОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Ходеевой Анастасии Владимировны**

Научный руководитель
Преподаватель Шенцева. И.Н.

Рецензент
Врач - педиатр ОГБУЗ«Детская областная
клиническая больница»
Семенова Г.Д

БЕЛГОРОД 2019

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	5
1.1.Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей	5
1.2. Факторы, приводящие к нарушению функции эндокринной системы у детей	9
1.3. Лечение и профилактика гипофункции и гиперфункции эндокринной системы у детей	12
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОДДЕРЖАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	16
2.1. Организационная характеристика педиатрического отделения №1, ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» г. Белгорода.....	16
2.2. Результаты анкетирования медицинских сестер педиатрического отделения ОГБУЗ «ДОКБ» г. Белгорода.....	20
2.3.Распространенность эндокринной патологии среди детей и подростков, проживающих на территории Белгородской области.....	30
2.4. Рекомендации медицинским сестрам по осуществлению ухода за детьми с заболеванием эндокринной системы	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	39

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе актуальность проблемы детской эндокринологии обусловлена не только высоким уровнем распространенности эндокринной патологии у детей, но и экономическими потерями, связанными с инвалидностью.

Уровень инвалидности вследствие болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ увеличивается за счет детей старше 5 лет. Имеет максимальные значения в возрастной группе 15-17 лет. Наиболее значимыми в развитии инвалидизирующих состояний являются болезни щитовидной железы и сахарный диабет. На их долю среди больных детей в возрасте до 18 лет приходится 74,8% [1, с. 18].

Причиной инвалидизации детей являются, нарушения жизнедеятельности, возникающие вследствие поздних осложнений заболеваний. В связи с чем, при очень быстром росте болезни, которая требует к себе пристального внимания, медицинская сестра имеет огромное влияние на поддержание качества жизни пациента в стационаре, обеспечивая требуемый уход и предотвращая нежелательных осложнений.

Проблема пациентов на сегодня, которые страдают от нарушений функции щитовидной железы, **более чем актуальна**, так как она наносит человеку ущерб, который предполагает качественный и целесообразный уход, в связи с чем, к этой проблеме на протяжении десятилетий обращались многие авторы. Они отразили результаты исследования на основе нового подхода к оценке здоровья с позиции потерь лет здоровой жизни. Позволили выявить резервы сокращения неблагоприятных исходов вследствие эндокринных заболеваний.

Объект исследования- медицинский персонал отделения педиатрии №1, Областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ОГБУЗ) «Детской областной клинической больницы» г. Белгорода.

Предмет исследования- поддержание качества жизни пациента и роль медицинской сестры в этом процессе.

Цель исследования- определить роль медицинской сестры в организации качества ухода и должного уровня жизни обозначенной категории пациентов.

Задачи исследования:

- 1) проанализировать научную разработанность темы исследования;
- 2) провести анализ анкетных данных медицинских сестер отделения педиатрии №1, ОГБУЗ «ДОКБ» г. Белгорода;
- 3) провести анализ статистических данных заболеваний эндокринной системы у детей;
- 4) определить уровень значимости медицинского персонала в уходе и в поддержании качества жизни пациента.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ литературы по данной проблеме;
- анкетирование, опрос;
- организационный и сравнительный методы.

База исследования: отделение педиатрии №1, ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» г. Белгорода

Гипотеза исследования: роль медицинской сестры в организации ухода за пациентом с заболеваниями щитовидной железы обеспечит необходимый уровень жизни и повысит ее качество.

Практическая значимость заключается в последующем использовании материалов работы для подготовки практических занятий, дальнейшей научной разработки.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

1.1.Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей

Эндокринные железы, или железы внутренней секреции, представляют собой органы с выводными протоками или без них, обладающие свойством вырабатывать гормоны. Эти органы эндокринной системы новорожденных имеют разнообразное строение и в процессе роста и развития претерпевают определенные изменения.

К железам внутренней секреции относятся гипофиз, щитовидная железа, паращитовидные железы, вилочковая железа, поджелудочная железа, надпочечники, половые железы [2, с.11].

Гипофиз.- небольшая железа, расположенная на основании, достаточно развитая к моменту рождения. Гипофиз выделяет 7 гормонов, оказывающих влияние на обмен веществ и другие процессы, происходящие в растущем организме. В результате нарушения его функции возникает ряд заболеваний, таких как акромегалия, гигантизм, болезнь Иценко—Кушинга, гипофизарный нанизм.

Щитовидная железа к моменту рождения ребенка еще недостаточно сформирована. Нарушение функций этого органа эндокринной системы новорожденного сопровождается картиной гипотиреоза, гипертиреоза, эндемического зоба [14, с. 10].

Паращитовидные железы выделяют гормон, который влияет на обмен кальция, регулируя процессы обызвествления и кальцификации костей. Вместе с витамином D, который отвечает за всасывание кальция из кишечника, предупреждает вымывание кальция из костей. При снижении уровня кальция выявляются судорожный синдром, неустойчивый жидкий

стул, позднее прорезывание зубов. Одна из особенностей эндокринной системы у детей заключается в том, что при избыточной функции околощитовидных желез у ребенка появляются мышечная слабость, боли в костях, очаги отложения кальция в почках, нередко переломы костей [3,с. 7].

Масса четырех паращитовидных желез всего 0,1 (самые маленькие железы). После рождения масса желез увеличивается до 30 лет у мужчин и до 45-50 лет у женщин. Парагормон, выделяемый железами, повышает концентрацию кальция в крови, увеличивает его всасывание в кишечнике, способствует распаду костной ткани, повышает содержание фосфора в моче. У новорожденных уровень кальция и фосфора в крови несколько снижен, что иногда приводит к цианозу кожных покровов, подергиванию и напряжению мышц. До конца подросткового периода содержание парагормона в плазме детей выше, чем у взрослых. В период первого и второго детства возможна гипофункция паращитовидных желез - усиливается жажда, повышается нервно-мышечная возбудимость, дети на различные раздражители реагируют подергиванием отдельных групп мышц.

Раньше всех у эмбриона закладывается вилочковая железа — на первой неделе внутриутробного развития. К моменту рождения вилочковая железа отличается зрелостью и функциональной активностью. От нее зависит рост ребенка в первом полугодии жизни [12,с. 13]. После рождения ребенка масса вилочковой железы увеличивается: при рождении ребенка она весит 10-15 г, к началу полового созревания - 40 г. Железа влияет на периферические органы, выделяя специфические гормоны. Ее удаление приводит к тяжелым трофическим нарушениям, таким как: истощению, малорослости, дерматиту.

Надпочечники рано закладываются в эмбриогенезе. Они представляют собой парные железы массой 4-7 г каждая, располагаются на верхних полюсах почек. Во внутреннем мозговом слое надпочечников, образуются гормоны адреналин и норадреналин, которые увеличивают частоту и силу сердечных сокращений, повышают артериальное давление, усиливают обмен веществ, тормозят работу пищеварительной системы. Возрастные

изменения в экскреции адреналина и норадреналина почти не исследованы. Уже при рождении их уровень равен уровню взрослого и почти не изменяется с возрастом [13, с. 7].

В коре надпочечников образуются стероидные гормоны: регулирующие углеводный обмен, обладающие противовоспалительными и противоаллергическим действием; регулирующие водно-солевой обмен, способствующие задержке натрия в организме; оказывающие на организм действие, подобное половым гормонам.

Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей таковы, что при надпочечниковой недостаточности, которая может развиваться остро, у ребенка падает артериальное давление, появляются одышка, рвота, снижаются рефлексы, в крови уменьшается уровень натрия, повышается количество калия.

При хронической недостаточности образования гормонов появляются изменения на коже, которая приобретает коричневый или серовато-дымчатый оттенок. При гиперпродукции гормонов надпочечников возникает синдром Иценко-Кушинга.

Говоря об анатомо-физиологических особенностях эндокринной системы у детей, особенного упоминания заслуживает поджелудочная железа, которая выполняет две функции: пищеварительную и эндокринную. Бета-клетки поджелудочной железы вырабатывают инсулин, альфа-клетки синтезируют глюкагон гормон, по своему действию противоположный инсулину [4, с. 14].

Инсулин регулирует углеводный обмен, синтез белка из аминокислот, жировой обмен, участвует в регуляции уровня глюкозы. Глюкагон принимает участие в углеводном обмене, повышая уровень глюкозы в крови. Интенсивное развитие поджелудочной железы начинается с 6,5 мес. внутриутробной жизни и продолжается в течение первого периода жизни ребенка. Второй скачок развития - в 5-6-летнем возрасте. В 13-15 лет масса железы такая же, как у взрослого человека. В строение эндокринной системы

детей также входят половые железы парные органы, которые в раннем детском возрасте играют сравнительно небольшую роль. Усиленно они начинают функционировать в период полового созревания [5, с. 9].

В женском организме специфическую половую эндокринную функцию выполняют яичники, регулируемые гормонами гипофиза. Яичники выполняют внешнесекреторную функцию (в них созревают яйцеклетки) и внутрисекреторную (гормоны). После первой овуляции образуется прогестерон. Половые гормоны влияют на рост и развитие половых органов и развитие половых признаков.

Гипофункция половых желез у девочек вызывает усиленный рост длинных костей, формирование пропорций тела, задержку полового развития.

Гиперфункция приводит к раннему половому развитию, ранним менструациям.

Мужские половые железы(яички, или семенники) выполняют 2 функции: в них развиваются половые клетки - сперматозоиды, в них образуются гормонытестостеронингибин.

Тестостерон обуславливает специфические черты строения мужского организма, ингибин тормозящим образом действует на секрецию фолликулостимулирующего гормона передней доли гипофиза.

При гипофункции яичек прекращается половое созревание, отсутствуют вторичные половые признаки, развивается евнухоидизм.

Гиперфункция половых желез вызывает преждевременное половое созревание. Поражение половых желез может возникнуть в результате хромосомной патологии, патологии эмбрионального развития, интоксикации, травм, недостаточной функции других эндокринных желез [10, с. 16].

В организме нет ни одной функции, которая бы не зависела от эндокринной системы, в то же время сами железы внутренней секреции находятся под контролем нервной системы - в организме существует единая нервно-гуморальная регуляция процессов жизнедеятельности.Учитывая все

эти возрастные особенности эндокринной системы у детей, очень важна ранняя диагностика заболеваний, которая позволит вовремя начать лечение.

Таким образом, связь нервной и эндокринной регуляторных систем являются условием нормального физического и психического развития подростков. Причины, вызывающие расстройства функции желез внутренней секреции, различны: органические поражения головного мозга, травмы, дефицит микроэлементов и биологически активных веществ (йода, белков, витаминов), нервно-психические заболевания.

Отклонения в работе желез внутренней секреции могут привести к нарушениям в работе всего организма, что требует своевременной консультации специалистов-эндокринологов [12, с. 24].

1.2. Факторы, приводящие к нарушению функции эндокринной системы у детей

Поскольку гормональные нарушения могут привести к заболеванию любой системы организма или отдельных его органов, то выделить конкретные признаки нарушения работы эндокринной системы ребёнка довольно сложно. Изучением данных заболеваний занимается эндокринология – относительно молодая наука, позволяющая установить причины, из-за которых нарушилась секреция у ребенка или взрослого человека [11, с. 22].

Следует отметить, что существует целый ряд факторов, которые могут негативно сказаться на работе эндокринной системы. Это, например, острые респираторные заболевания, вирусы, инфекции, опухоли, психологические травмы, неправильное питание, плохая экология. Все это может стать причиной – прямой или косвенной – развития заболеваний эндокринной системы. Также большое значение имеет и фактор наследственности.

Итак, эндокринные нарушения в основе имеют, как правило, одну или несколько главных причин, к примеру: избыток какого-то гормона (гиперпродукция); недостаточность одного или нескольких гормонов (гипофункция); продуцирование железой аномального (ненормального) гормона; нарушение ритма, метаболизма секреции и доставки; устойчивость к действию гормона; одновременный сбой в нескольких гормональных системах[8, с. 20].

Рассмотрим причины развития болезней, связанных с дефицитом гормонов. Эндокринные расстройства возникают на фоне других нарушений внутри организма человека.

Существуют следующие причины, которые связаны с недостатком определенных гормонов: наличие аутоиммунных поражений;

ятрогенные причины (вызванные медицинским вмешательством); патологии желез внутренней секреции из-за инфекционных заболеваний, к примеру, туберкулеза; врожденные болезни, провоцирующие гипоплазию (недоразвитость), что приводит к неспособности эндокринных желез продуцировать необходимое количество веществ;

недостаточное кровоснабжение органов, кровоизлияния в ткани, которые участвуют в выработке гормонов;

опухоли желез внутренней секреции; воспалительные явления, которые влияют на работу эндокринных органов; воздействие радиационного излучения, токсических веществ; нарушения питания, нехватка питательных веществ необходимых для производства гормонов[7, с. 19].

Причины развития заболеваний, связанных с избыточной выработкой гормонов. Это одна из форм, которая проявляется в гиперпродукции веществ со стороны гормональной системы. Причинами для избыточного производства выступают следующие факторы:

Выработка гормональных веществ, тканями, которые не должны этого делать; повышенная стимуляция работы эндокринных желез по причине природных факторов, патологий, включая врожденные; формирование

гормонов на периферии из предшествующих веществ, которые содержатся в крови человека. К примеру, эстрогены может вырабатывать жировая клетчатка. Ятрогенные болезни, причиной которых стали медицинские вмешательства с нежелательным или неблагоприятными последствиями для здоровья [13, с. 23].

Причины патологий другой природы. Еще одним фактором, который может спровоцировать эндокринные заболевания, является мутация в генах. Это приводит к выработке аномальных веществ, несвойственных организму человека. Встречается такое состояние в медицинской практике редко.

В некоторых случаях причиной эндокринных заболеваний становится резистентность (устойчивость) к гормонам. Это явление связано с наследственным фактором, проявляющимся нарушением гормональных рецепторов. Активные вещества не попадают в нужные участки тела для выполнения функций. Выделяют такие наследственные заболевания: обмена веществ; хромосомные; нарушения иммунитета; болезни крови; патологии нервной системы; пищеварительной системы; поражения глаз; дисфункция почек.

Проявление гормональных заболеваний может стать неожиданностью для человека, но есть причины, которые могут их спровоцировать. Существуют целые группы людей со склонностью к данному виду недугов.[10, с.28].

Врачи выделяют следующие факторы риска [7, с. 25].

I. Ожирение (избыточный вес) – 80% людей с этой проблемой сталкиваются с нарушением работы желез внутренней секреции.

II. Возраст часто становится причиной сбоя эндокринной системы, подвержены этому люди старше 40 лет.

III. Неправильное питание. Если рацион не содержит необходимые вещества, то развиваются сбои в разных системах организма, включая эндокринную.

IV. Наследственная предрасположенность. Патологии этого типа могут передаваться по наследству, к примеру, сахарный диабет часто развивается у детей, родители которых тоже от него страдали.

V. Малая физическая активность. При отсутствии достаточного движения в течение дня снижается скорость метаболизма, что провоцирует ожирение, ухудшение кровоснабжения желез эндокринной системы и ухудшение их работы.

VI. Вредные привычки. Табакокурение, алкоголь негативно влияют на работу желез внутренней секреции.

1.3. Лечение и профилактика гипофункции и гиперфункции эндокринной системы у детей

К списку наиболее распространенных заболеваний эндокринной системы у детей относятся: увеличение железы, образование узелков, аутоиммунный тиреоидит; нарушение полового созревания: преждевременное или запоздалое половое развитие, нарушения менструального цикла у девочек; нарушения физического развития: замедленный темп роста, дефицит веса; сбой фосфорно-кальциевого обмена; врожденный гипотиреоз (гормональная недостаточность); диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса); эндемический зоб (увеличение щитовидной железы)[12, с. 29].

Гипотиреоз – это целая группа заболеваний, которых характеризует снижение уровня тиреоидных гормонов. Причины и варианты течения заболевания различны. Симптомы развиваются постепенно, поэтому родителям сложно обнаружить неблагополучие самостоятельно. Особенно сложно увидеть патологию у детей на грудном вскармливании из-за присутствия нужных гормонов в грудном молоке, что помогает организму малыша не испытывать в них выраженного дефицита. Для детей характерна вялость, слабое сосание груди, сниженный аппетит. Возможно нарушение

дыхания с эпизодами остановки дыхания. Ребенок плохо удерживает тепло, поэтому может наблюдаться понижение температуры тела. Наблюдается отставание в развитии, нарушение в пропорциях тела. Для правильно диагноза важно тщательно обследовать гормоны ребенка [9, с. 30].

Диффузный токсический зоб – характеризуется повышенным образованием тиреоидных гормонов щитовидной железы. Симптомы патологии появляются постепенно. К детскому эндокринологу следует обратиться при появлении повышенного аппетита и жажды, но при этом масса тела у ребенка уменьшается. Ребенок жалуется на мышечную слабость (может быть резкой, ребенок падает). Появляется эмоциональная неустойчивость, возбудимость, раздражительность, плаксивость. Родители могут заметить у ребенка тремор пальцев, расширенные глазные щели, редкое мигание, дрожание закрытых век, потливость, одышку т. д.

Симптомы заболевания очень разнообразны, но особенно следует выделить увеличение щитовидной железы.

Простой зоб (эутиреоидная гиперплазия щитовидной железы) проявляется увеличением щитовидной железы. Риск появления заболевания выше, если в семье есть родственники с аналогичной патологией. При простом зобе нет выраженных жалоб. Для профилактики необходима нормализация поступления йода в организм, а также исключение факторов, которые могут провоцировать увеличение щитовидной железы [12, с. 29].

Гипопаратиреоз - это такое эндокринное нарушение у детей, которое характеризуется снижением функции околощитовидных желез, что в итоге приводит к гипокальциемии.

Существует врожденная и приобретенная форма заболевания. Основными симптомами являются судороги. Они возникают самопроизвольно, могут проявляться отдельными приступами или серьезными тетаническими статусами. У ребенка можно заметить быструю утомляемость, светобоязнь. Наблюдается спазм мышц предплечий и кистей

(такой симптом носит название «рука акушера»). При длительном течении заболевания без лечения возможны осложнения [11, с. 27].

Псевдогипопаратиреоз – это группа наследственных синдромов. Основное проявление – судороги. Судорожный синдром замечают с самого рождения ребенка. Дополнительно будет наблюдаться отставание в росте. Это сложное заболевание, которое требует наблюдения у узких специалистов.

Лечение каждого из эндокринных заболеваний у детей основано на учете специфики каждой из патологий. В общем смысле лечение эндокринных проблем осуществляется благодаря назначению заместительной гормональной терапии, курсам лечебной физической культуры, массажам, в ряде случаев ребенку назначаются медикаментозные препараты. Лечение подбирается индивидуально, в ряде случаев наиболее эффективным оказывается комбинирование лекарственных, гормональных и физиотерапевтических методов лечения.

Чтобы не допустить возникновения эндокринных заболеваний была придумана профилактика. Она представляет собой комплекс мер, которые направлены на поддержание нормального состояния эндокринных органов и их уровня гормонов.

Профилактика эндокринных заболеваний, позволяет избежать серьезных болезней или не дает им вернуться вновь. А также профилактика эндокринных болезней способна использоваться в период ремиссии [6, с. 34].

Выполнение профилактики помогает избежать возникновения отклонений в работе эндокринных органов. Чаще всего люди сталкиваются с проблемами в работе щитовидной и поджелудочной железы. Эти органы являются важными в работе организма человека. Гормоны, которые они создают, участвуют во всех важных процессах.

Профилактические действия подразделяются на общие и специализированные. Первые направлены на общее поддержание хорошего

состояние организма. Вторые направлены на предотвращение возникновения заболеваний определенного органа.

Итак, для того чтобы свести вероятность развития заболеваний эндокринных органов к минимуму, необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- правильно питаться, вести активный образ жизни;
- отказаться от вредных привычек;
- своевременно лечить инфекционные заболевания и патологии иного происхождения, которые могут отрицательно повлиять на состояние эндокринной системы;
- по возможности не допускать воздействие на организм вредных факторов внешней среды (ультрафиолетовое излучение, химические соединения и так далее);
- при обнаружении любых подозрительных симптомов необходимо немедленно обратиться к эндокринологу и пройти назначенные специалистом обследования.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОДДЕРЖАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2.1. Организационная характеристика педиатрического отделения №1, ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» г. Белгорода

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Детская областная клиническая больница" г. Белгорода - крупный медицинский центр, оказывающий специализированную и высокотехнологичную помощь детям Белгородской области.

Больница открыта в 1976 году проектной мощностью на 300 коек. В настоящее время на прежних площадях развернуто 593 койки + 9 реанимационных + 30 дневного стационара. В своем составе имеет 19 клинических, 11 вспомогательных отделений, консультативно-диагностический центр на 500 посещений в смену. Оснащена больница современным диагностическим и лечебным оборудованием. Ежегодно проходят лечение более 12 000 детей, из которых 60% проживает в сельской местности, проводится более 6000 операций. 120000 детей получает высокоспециализированную амбулаторно-консультативную помощь. КДЦ ведет прием по 28 специальностям, многие из которых имеются только в детской областной больнице.

В последние годы получили развитие такие специализированные виды медицинской помощи, как уроандрология, нейрохирургия, онкогематология, эпилептология, хирургия раннего детского возраста. Создан центр репродуктивного здоровья. Организована работа дневного стационара на 30 коек. Лечение пациентов осуществляется на бесплатной основе. Реанимационно-консультативного центр осуществляет динамическое

наблюдение за больными детьми лечебно-профилактических учреждений области до стабилизации состояния.

В отделениях детской областной больницы оказывается высокотехнологичная медицинская помощь детям с заболеваниями эндокринной, иммунной, нервной, опорно-двигательной системы; с заболеваниями органов дыхания, глаз; с патологией органов носоглотки, перинатальной патологией; со злокачественными заболеваниями крови.

После капитального ремонта бывшей железнодорожной больницы открыт лечебный корпус № 2 ОГБУЗ "Детской областной клинической больницы".

Здание располагается по адресу: г.Белгород, ул. Губкина, 50.

В новом лечебном корпусе № 2 открыты:

онкогематологическое отделение;

педиатрическое отделение № 1;

оториноларингологическое отделение;

неврологическое отделение.

27 апреля 1976 года первых больных приняла областная детская больница в 6 специализированных отделениях: соматическом, инфекционном, неврологическом, ортопедотравматологическом и хирургических №1 и №2. В этом же году были открыты новые отделения: приемное, отоларингологическое, поликлиническое, анестезиологии и реанимации. С 1 апреля 2018 года в состав ОГБУЗ "ДОКБ" вошел лечебный корпус № 3 (бывший стационарный корпус ОГБУЗ "Городская детская больница города Белгорода"). Здание располагается по адресу: г.Белгород, ул. Садовая 1А.

В лечебном корпусе № 3 функционируют следующие детские отделения:

приемное отделение № 3,

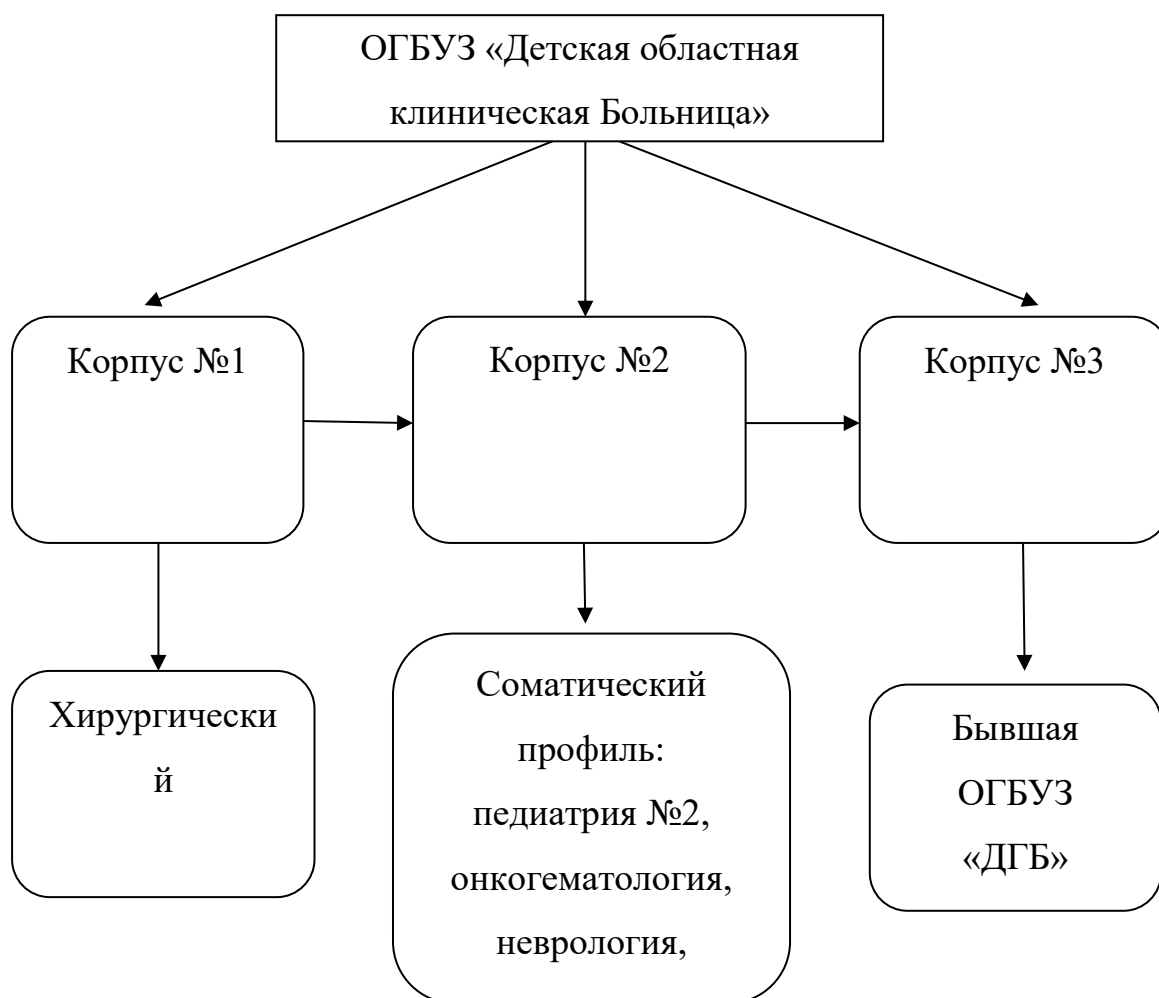
пульмонологическое отделение,

кардиоревматологическое отделение,

педиатрическое отделение № 3 (для детей раннего возраста),

инфекционное отделение,
психоневрологическое отделение для детей раннего возраста,
отделение восстановительного лечения,
Детская поликлиника.

Схема ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»



Педиатрическое отделение №1 создано в 1976 году, в нем развернуты специализированные койки: нефрологического, эндокринологического, пульмонологического профилей.

В отделении работает высококвалифицированный медицинский персонал, среди них: врачи - 10, медицинские сестры - 18, вспомогательный персонал - 6 сотрудников.

Отделение оснащено высокотехнологичным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами. Для оказания

высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в стационаре по нозологическим формам, таким как:

кистозный фиброз, с легочными проявлениями, кистозный фиброз с кишечными проявлениями, кистозный фиброз с другими проявлениями необходимы лекарственные средства (из расчета эквивалентная курсовая доза на одного больного). К ним относятся следующие препараты:

- амброгексала гидрохлорид (лазолван, амбробене) сироп 5мг/2мл, табл. 30мг.;
- ипратропия бромид/фенотерол (беродуал), во флаконах;
- ацетилцистеин 200мг;
- креон капсулы (100000);
- урсодезоксихолевая кислота 250мг. (урсосан, урсофальк);
- антибактериальные препараты;
- тобрамицин (брамитоб) 300мг. таб, 75мг/мл - ингаляционно;
- элькар 30% во флаконах и для внутримышечного и внутривенного введения (5 мл в 1 ампуле).

А также высокотехнологичную помощь в данном отделении оказывают пациентам с сахарным диабетом.

Педиатрическое отделение №1 рассчитано на 45 коек. В отделении располагаются:

1. Палата интенсивной терапии, которая оснащена: аппаратом для искусственной вентиляции легких, мониторами, дефибриллятором, хирургическими инструментами, шкафом для хранения лекарственных средств, столом, стульями, многофункциональными кроватями.
2. Десять боксированных палат, в которых по 3 пациента. Так же в палате имеются: туалет, умывальник, душ, кровати, тумбочки, шкафы.
3. Комната отдыха медицинского персонала.
4. Игровая комната оснащена игрушками, шкафами для хранения игрушек, столами, стульями, манежами для детей младшего возраста, компьютером, телевизором, доской для рисования.

5. Процедурный кабинет, который оснащен по всем требованиям, предъявляемым к медицинским организациям. В нем находятся: раковина, рабочий стол, инструментальный стол, медицинский шкаф для хранения лекарственных средств, холодильник, сейф для хранения наркотических, ядовитых и сильнодействующих средств).
6. Комната сестры хозяйки.
7. Ординаторская.
8. Кабинет заведующей отделением.
9. Учебная комната для студентов медицинского факультета БелГУ.
10. Два сестринских поста, которые предназначены для работы палатных (постовых) медицинских сестер.

Медицинские сестры данного отделения прилагают максимум возможностей и усилий в своей работе по уходу за пациентами и постоянно повышают свое профессиональное мастерство путем обучения на курсах повышения квалификации и сертификации, а также регулярно пополняют свои знания по средствам изучения научной медицинской литературы и периодических изданий, пользуются данными интернет ресурсов.

2.2. Результаты анкетирования медицинских сестер педиатрического отделения ОГБУЗ «ДОКБ» г. Белгорода

С целью изучения профессиональной деятельности медицинской сестры при уходе за пациентами с заболеваниями эндокринной системы нами было проведено социологическое исследование на базе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»

Для чего первоначально была составлена анкета, включающая 18 вопросов, предназначенная изучить особенности сестринского ухода при заболеваниях эндокринной системы (Приложение 1).

Нами было проведено анкетирование родителей, дети которых находились на лечении в стационаре педиатрического отделения. Анкета включает в себя ответ «да», «нет», и свой вариант ответа, в анкетировании участвовало восемнадцать респондентов. Возраст респондентов распределился следующим образом: от 22-х лет 23%; 26-35-59% и от 35-42-18% (Рис.1).

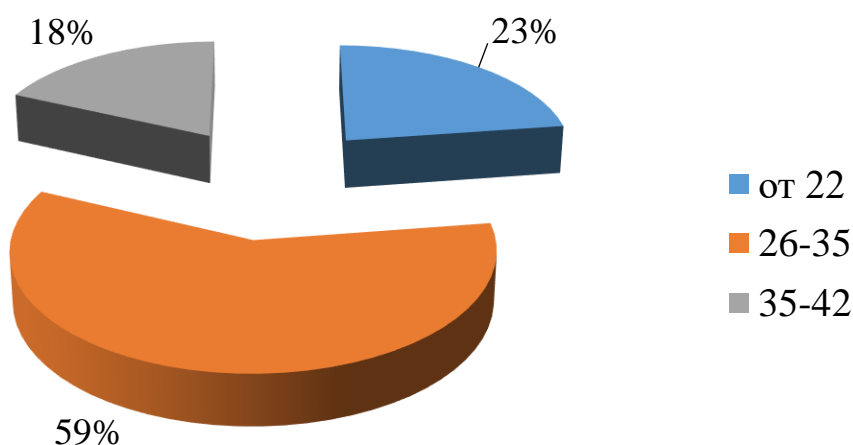


Рис.1. Возраст респондентов

Как мы видим, большинство респондентов, а это 59% имеют возраст 26-35 лет, что говорит о том, что медицинскому персоналу приходится уделять больше времени в обучении уходу данной категории родителей. Пол пациентов распределился следующим образом: девочки составили -70% и 30% мальчики.

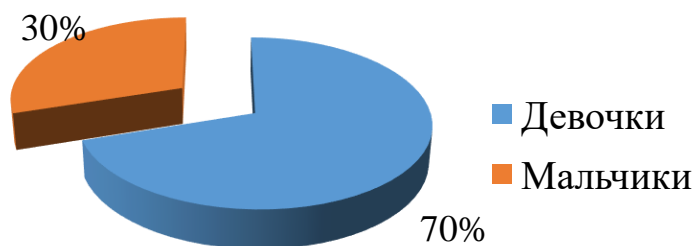


Рис.2. Пол респондентов

Из данной диаграммы, мы видим, что большинство составили пациенты женского пола с заболеваниями щитовидной железы.

Место жительства респондентов распределилось таким образом: 65% пациентов проживают в городе и 35% пациентов в селе (Рис.3).

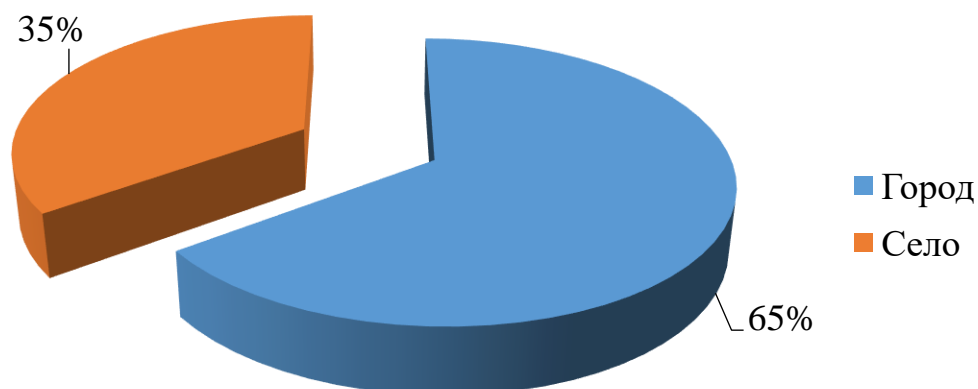


Рис.3. Место жительства

Большинство пациентов с патологией щитовидной железы проживают в городе, скорее всего это связано с экологической обстановкой, так же считают и родители пациентов.

На вопрос о количестве детей в семье, респонденты ответили так: 1 ребенок в семье у 26%, два ребенка у 57% и три ребенка у 17%. (Рис.4).

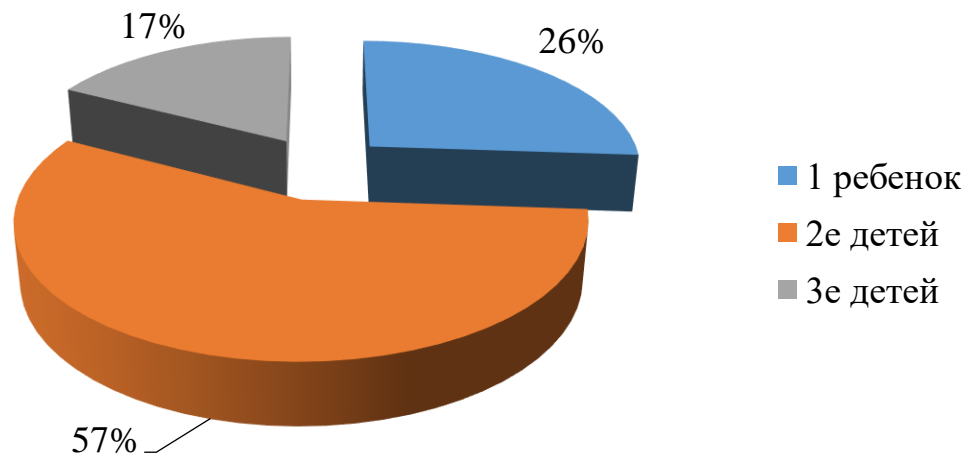


Рис.4. Количество детей в семье

Задав вопрос о том, были ли в семье заболевания эндокринной системы, ответы распределились следующим образом: «да» ответили 27%, «нет» - 55% и 18% затрудняются ответить на данный вопрос (Рис.5).

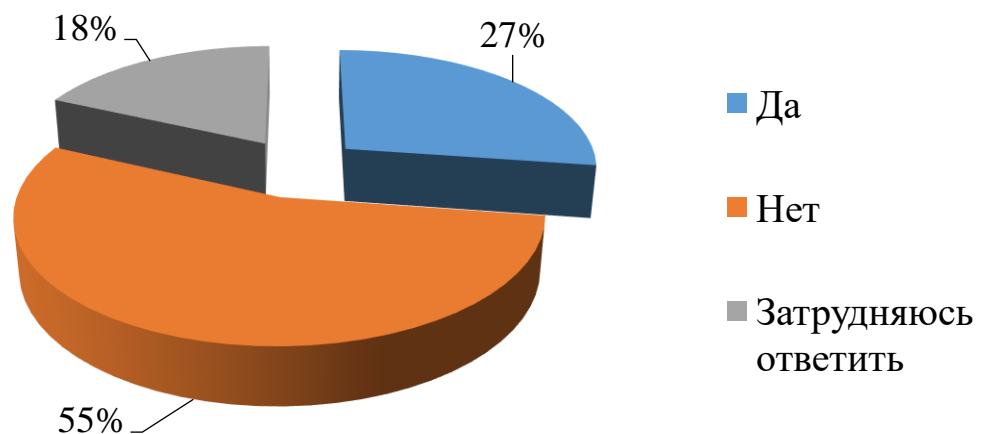


Рис.5. Заболевания эндокринной системы в семье

Так же родители выделили основные, по их мнению, факторы заболевания детей. 39% респондентов ответили, что на заболевание ребенка повлияло питание. 44% ответили, что на заболевание повлияла наследственность (Рис.6).

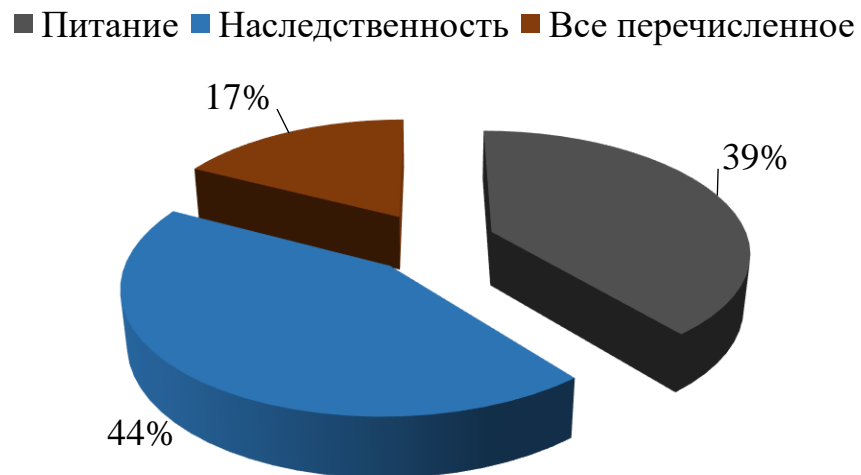


Рис.6. Факторы которые повлияли на развитие эндокринных заболеваний у детей

На вопрос о времени постановки диагноза ребенку, родители ответили следующим образом: в первые 3 года жизни - 71% и старше 3-х лет 29% (Рис.7).

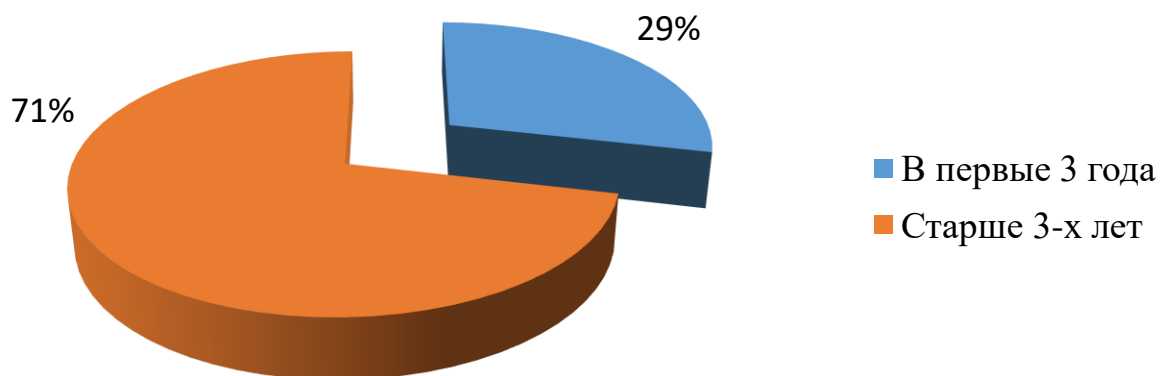


Рис.7. Возраст постановки диагноза ребенку

Мы задали вопрос о том, есть ли у респондентов в семье еще дети с заболеваниями эндокринной системы, на что родители ответили: «да» - 30% и «нет» - 70% (Рис.8).

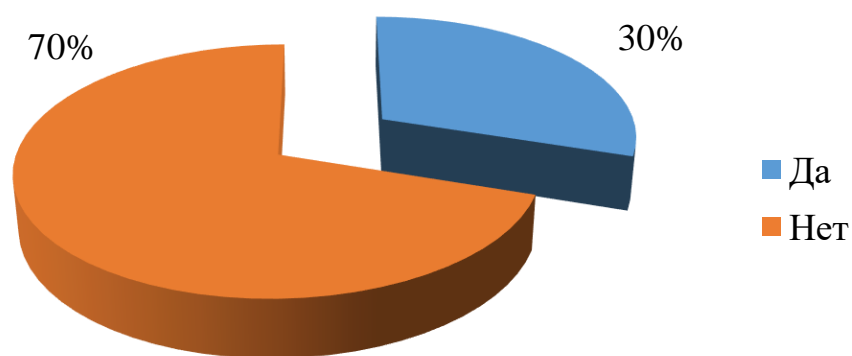


Рис.8. Случаи заболевания других детей в семье с заболеванием эндокринной системы

На вопрос о том, получают ли пациенты медицинскую помощь в необходимом объеме, респонденты ответили, 75%, что получают в полном объеме, остальные 25% получают ее в недостаточном объеме (Рис 9).

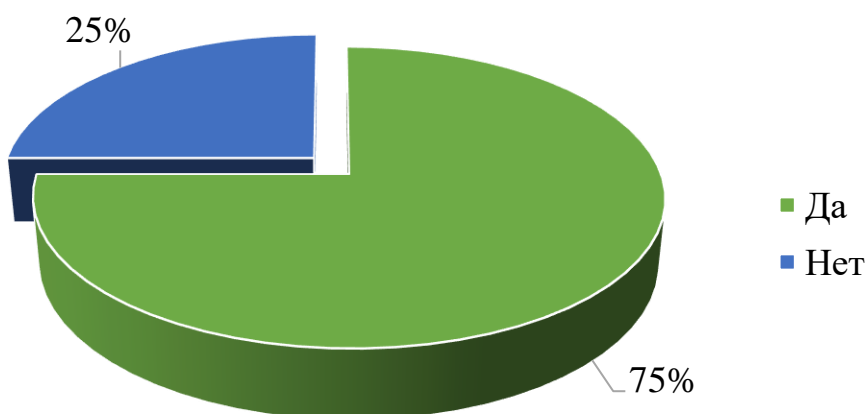


Рис.9. Объем получаемой медицинской помощи

На вопрос о том, каковы источники информации об эндокринных заболеваниях, респонденты ответили следующим образом: 65% - врач - эндокринолог; 15% - литературные источники, 8% знают достаточно сами, для 12% источником информации является интернет (Рис.10).

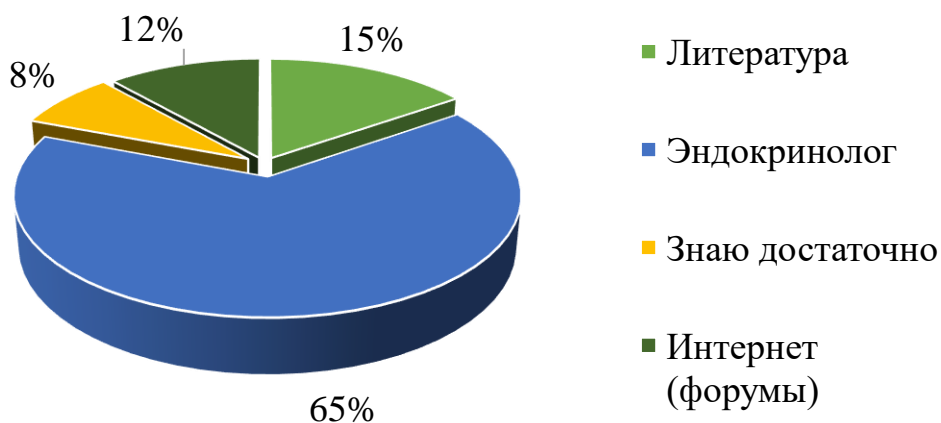


Рис.10. Сведения об эндокринных заболеваниях

Так же мы выяснили, знают ли родители о физических показателях, по которым можно следить за правильным развитием ребенка. 55% респондентов ответили что знают, 10% нет и 35% знают, но частично (Рис.11).

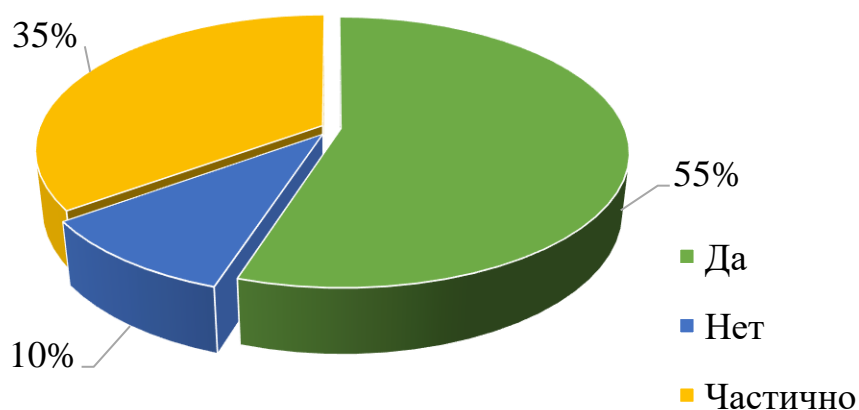


Рис.11. Физические показатели

Одним из самых важных вопросов стал вопрос о том, как скоро родители начали лечение, после того, как узнали о диагнозе. Ответы распределились следующим образом: 62% начали лечение сразу и 5% через месяц (Рис.12).

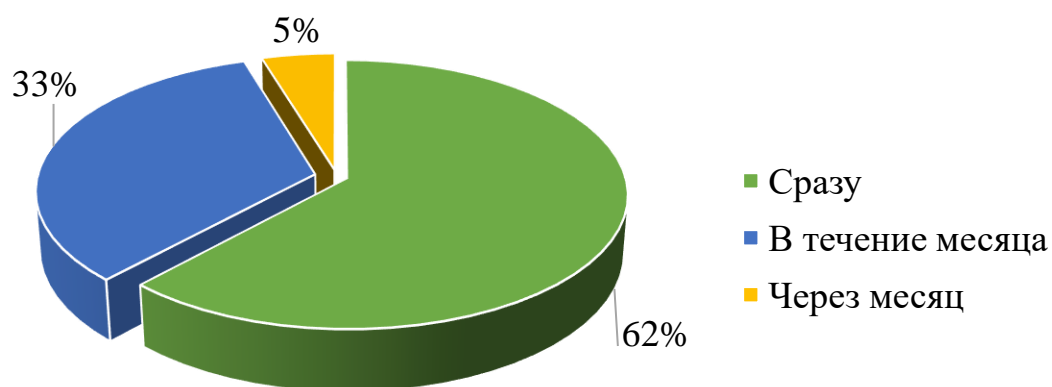


Рис.12.Как скоро начали лечение

На вопрос о том, получал ли их ребенок санаторно-курортное лечение, родители ответили:53%-да, 37%- не получали и10%- получали но вынуждены были отказаться (Рис.13).

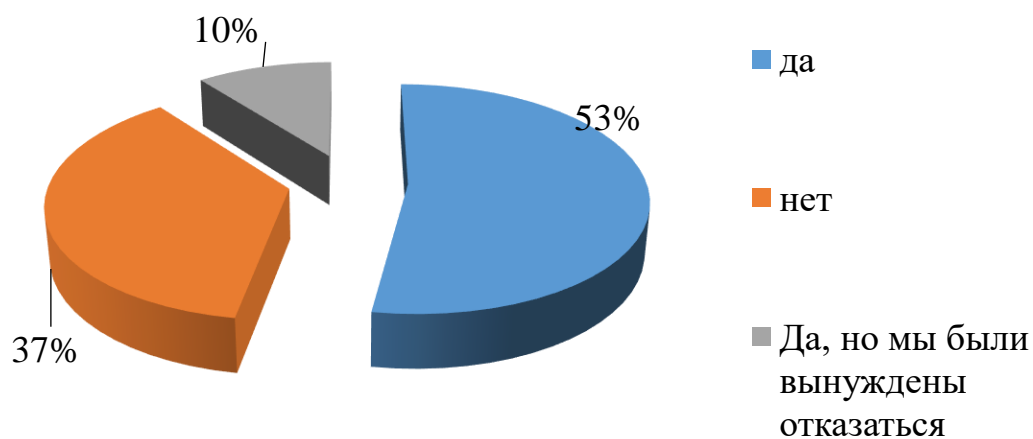


Рис.13.получение санаторно-курортного лечения

Так же довольно интересно, куда же в случае возникновения проблем, обращаются родители за информацией. 68% обращаются к медицинским работникам; 23% обращаются за информацией в интернет и 9% ищут в литературе (Рис.14).

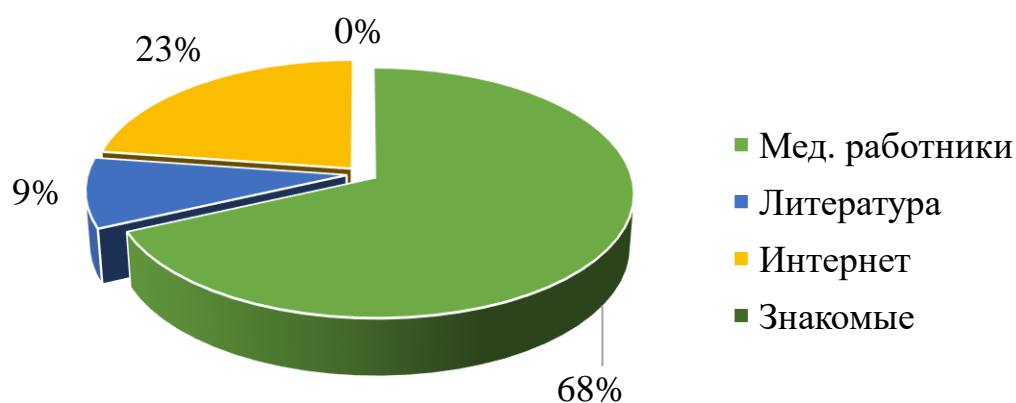


Рис. 14. Получение информации о заболеваемости ребенка

Мы спросили у респондентов, какова роль, по их мнению, среднего медицинского персонала в проведении профилактических мероприятий при данном заболевании, на что они ответили следующим образом: 60% наставник для пациентов и их родителей и 40% санитарно-просветительская работа(Рис.15).

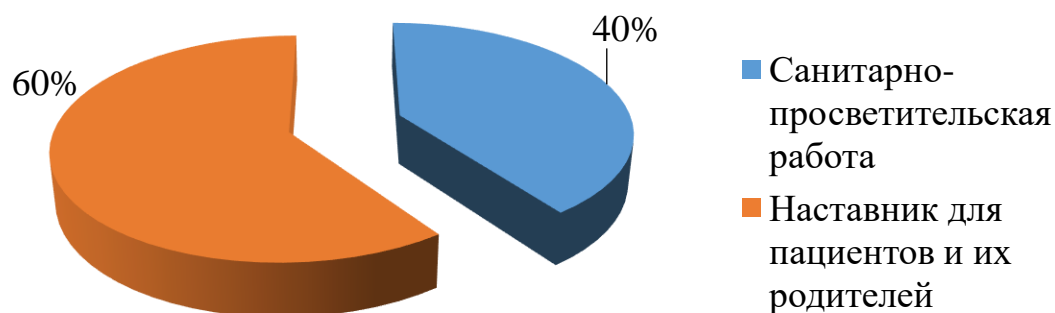


Рис.15. Роль среднего медицинского персонала

Так же мы выяснили, хотят ли родители получать больше информации о заболеваемости их ребенка:80%ответили что да, хотят и 20%ответили, что справляются самостоятельно(Рис.16).

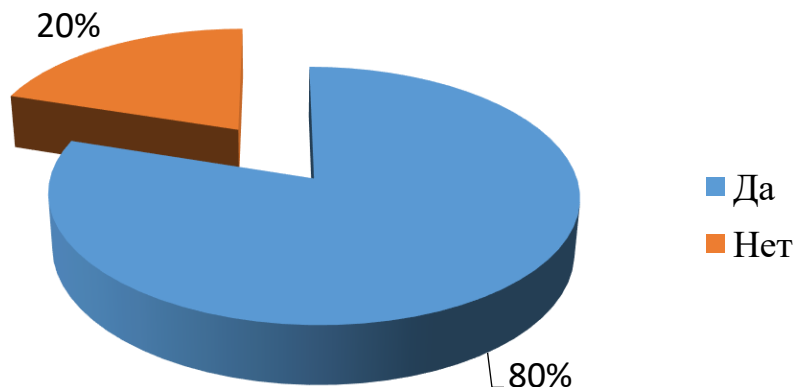


Рис. 16. Получение информации

Важно ли для родителей создание «Школ здоровья»? На этот вопрос они так же ответили в большинстве своем, что « Школа здоровья», необходима (Рис.17).

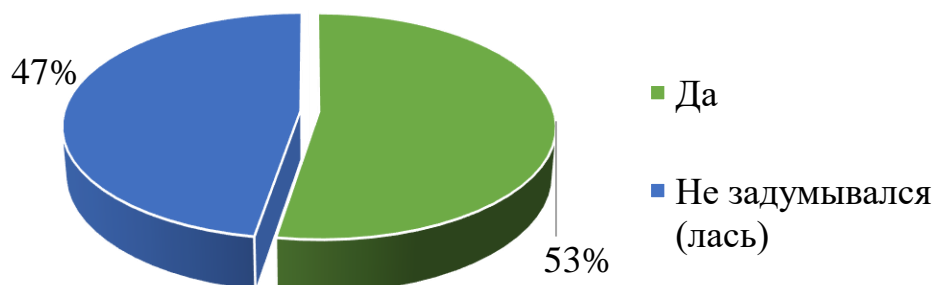


Рис.17. Школы здоровья

Вопрос профилактики – важнейший при любом заболевании. Родители ответили на вопрос, касающийся того, откуда они черпают дополнительные сведения о профилактике. Ответы, которые мы получили от респондентов отражены в диаграмме.(Рис.18).

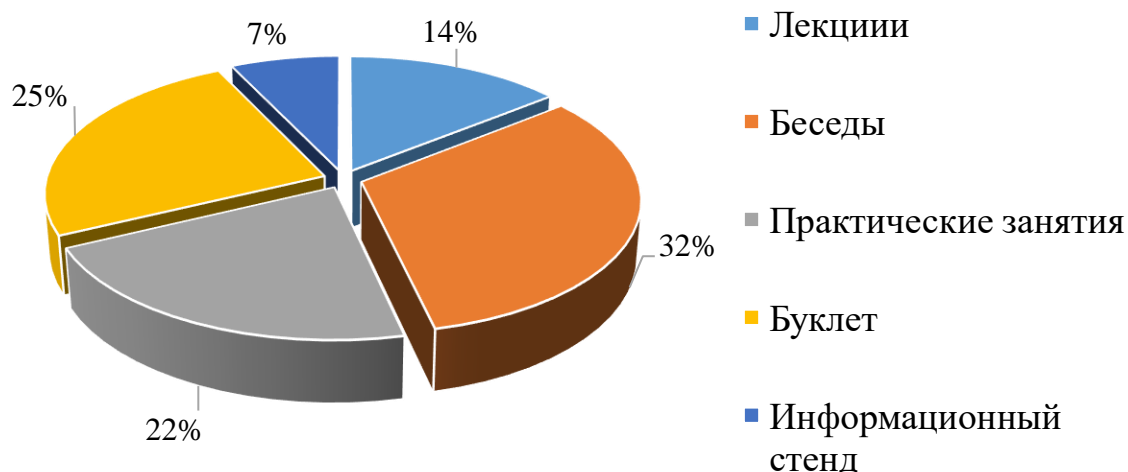


Рис.18.Сведения о профилактике

Итак, проведя анализ полученных данных, нам удалось выяснить что родители в полной мере знают о заболевании своего ребенка. Благодаря современным источникам информации, так же создания «Школы здоровья», родители могут не переживать из-за недостатка информации.

В данном отделении, медицинской сестре необходимо постоянно усовершенствовать знания о данном заболевании, знать основные жалобы и симптомы при эндокринной патологии щитовидной железы, принципы лечения и профилактики заболеваний; основные принципы восстановления нарушенных функций и профилактики осложнений.

Особенно необходимо черпать знания о особенностях при уходе за пациентами с патологией щитовидной железы.

2.3. Распространенность эндокринной патологии среди детей и подростков, проживающих на территории Белгородской области

Мы провели анализ статистических данных, собранных на базе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», в период с 2017 года по 2018 год.

Выяснилось, что в основном детей с эндокринной патологией, на втором месте находятся заболевания щитовидной железы.

На диспансерном наблюдении по заболеванию щитовидной железы состояло 1515 человек в 2017 году, 1549 человек в 2018 году, это абсолютное число. А на 100000 тысяч населения в 2017 году - 133,6, в 2018 году - 137,1.

Из данной статистики, мы видим, что число детей и подростков с заболеваниями щитовидной железы по Белгородской области, возросло.

С подозрением на патологию щитовидной железы были обследованы 100 детей и подростков (74 девочки и 26 мальчиков) в возрасте от 2-х недель до 18 лет, проживающих на территории Белгородской области. При первичном выявлении симптомов, позволяющих предположить функциональное нарушение функций щитовидной железы, детей обязательно обследовали в условиях стационара.

Для точной постановки диагноза у таких детей применялся метод иммуноферментного анализа с использованием стандартных тест-систем для количественного определения в сыворотке крови *in vitro*. Полученные по данной методике данные позволяют выявить функциональный статус щитовидной железы: эутиреоидное состояние, гиперфункцию или гипофункцию. Кроме того, определение ТТГ является одним из ведущих маркеров при оценке гормонального статуса щитовидной железы. У всех возрастных групп обследованных на уровень содержания ТТГ в сыворотке крови проявлялся в пределах нормы, но был смещен в сторону её верхнего предела.

Наиболее высокие значения ТТГ выявлены у 6-9 летних мальчиков и у девочек двух возрастных групп, в возрасте до года и в 10-11 лет. По индивидуальным значениям содержание ТТГ у 13,5% девочки и 19,2% мальчиков разных возрастных групп превышало возрастную норму, указывая на проявление у них первичного гипотиреоза. Признаки данной аутоиммунной патологии щитовидной железы чаще встречаются у девочек и с возрастом частота её проявления у них увеличивается.

Всех обследуемых детей и подростков можно отнести к 5 группам по функциональному статусу их щитовидной железы.

1 группа, с нормальным функционированием ЩЖ 61,5% мальчиков и 55,4% девочек.

2 группа, с первичным гипотиреозом—15,3% мальчиков и 9,5% девочек.

3 группа, с проявлением аутоиммунного тиреоидита 19,2% мальчиков и 27,0% девочек.

4 группа, с риском развития первичного гипертериоза на фоне снижения гипофизарного контроля и аутоиммунного тиреоидита 2,7% девочек.

5 группа с первичным гипотиреозом—3,8% мальчиков и 5,4% девочек.

Статистика ВОЗ говорит о том, что среди эндокринных патологий тиреоидные заболевания занимают второе место после сахарного диабета, при этом ежегодно эта цифра увеличивается. В основном статистика заболеваемости последних лет заставляет задуматься о последствиях, которые вызваны отсутствием информированности у населения о данных заболеваниях.

2.4. Рекомендации медицинским сестрам по осуществлению ухода за детьми с заболеванием эндокринной системы

При написании дипломной работы нами были изучены медицинские карты стационарных больных с заболеваниями щитовидной железы. Мы проанализировали 12 историй болезни пациентов. Из них мы узнали, что основным в лечении пациентов с заболеваниями щитовидной железы являются препараты содержащие ионы йода, к ним относятся: калия йодид (2 мг), йодобласт (20 мг), йодомарин (0,2 мг), йодостин (0,1 мг).

На основании анализа историй болезни, мы разработали рекомендации для медицинских сестер отделения, при работе с детьми с патологией щитовидной железы.

Мы рекомендовали медицинскому персоналу: своевременно осуществлять уход за пациентами с эндокринной патологией, обладать умениями и навыками по лечению, оказанию неотложной помощи.

У пациентов с эндокринными нарушениями предъявляются жалобы со стороны всех систем организма. Они многообразны, и их можно сгруппировать в основные синдромы:

При невротическом синдроме у пациентов наблюдается повышенное психическое возбуждение, снижение памяти, сон у данной категории, прерывистый и не глубокий. Наблюдается раздражительность, плаксивость, потливость, «суетливость».

Когда пациент в таком состоянии медицинской сестре важно не упустить момент и своевременно вызвать врача и оказать психологическую помощь.

Во время сна создать охранительный режим в плане создания тишины и комфортного температурного режима в палате.

При повышенной потливости, как можно чаще менять постельное и нательное белье.

При быстроте движений или апатии пациента, необходимо предложить ему спокойные игры, чтение книг, просмотр развлекательных передач.

Если кожа вялая и сухая (гипотиреоз), предложить современные увлажняющие средства ухода за кожей и легкий массаж.

Во время нефротического синдрома, медицинская сестра может облегчить данное состояние и посоветовать пациенту, уменьшить употребление соли, что может уменьшить количество воды в организме.

Рассказать, какие продукты питания употреблять, в данном случае они должны быть с низким содержанием насыщенных жиров и холестерина.

Каждый день производить взвешивание пациента, так как увеличение веса может быть признаком задержке жидкости.

Следить за употреблением количества белка, объем которого рекомендовал врач.

Во время кардиального синдрома, к нему относятся: сердцебиение, боль в сердце, головная боль, головокружение. у пациентов снижается качество жизни. В данном случае медицинской сестре мы рекомендовали находиться рядом и в случае необходимости вызвать врача и начать неотложные мероприятия. Советом является регулярное прохождение обследования у кардиолога.

Когда у пациента наблюдается диспепсический синдром, он сопровождается повышенным аппетитом или наоборот, снижением аппетита, вплоть до анорексии. Может развиться диарея и запоры. При данном синдроме мы рекомендовали медицинской сестре проконсультироваться с диетологом, для восстановления нормальной работы желудочно-кишечного тракта.

Если у пациента изменяется масса тела, что является неспецифическим, но часто встречающимся симптомом при заболеваниях эндокринной системы. Может происходить значительное прогрессирующее снижение веса, это при повышенной функции щитовидной железы. Увеличение массы тела - при пониженной функции щитовидной железы и при болезни Иценко-Кушинга.

В данном случае мы рекомендовали медицинским сестрам, познакомить пациентов с другими пациентами с аналогичной проблемой, чтобы повысить свою социальную значимость и снизить комплексы возникающие при данной проблеме. Так же посоветовать отрегулировать питание пациента.

При гипотиреозе, диффузном зобе возникает мышечная слабость, в этом случае мы рекомендовали медицинским сестрам, по назначению врача, пациентам, умеренные физические нагрузки.

В беседе с пациентом и его родителями, мы рекомендовали медицинским сестрам, выяснять наследственную предрасположенность к эндокринным заболеваниям, особенности питания, перенесенные заболевания, условия быта, существуют ли в их жизни стрессы.

На основании изученных источников литературы, статистических и анкетных данных, мы составили рекомендации для медицинских сестер педиатрического отделения, для осуществления более качественного и квалифицированного ухода за данной категорией пациентов:

1. Проводить сестринское обследование (беседа, установка доверительных отношений, основные жалобы, объективные симптомы)
2. Установливать проблемы (сестринские диагнозы) по приоритету;
3. Планировать сестринские вмешательства;
4. Реализовывать спланированные сестринские вмешательства;
5. Подвести итог, оценку эффективности сестринских вмешательств.
6. Проводить физикальное обследование (пальпация пульса: тахикардия (диффузный зоб), брадикардия (гипотиреоз)).

При работе в педиатрическом отделении необходимо помнить, что все железы внутренней секреции находятся в тесной взаимосвязи, поэтому нарушение функции одной из желез вызывает изменения в других.

Для наиболее полного представления о течении заболевания и состоянии пациента необходимо ознакомиться с результатами объективных и дополнительных методов обследования. На основании полученных данных медицинская сестра может оценить общее состояние.

Медицинская сестра начинает свою работу с субъективного и объективного обследования пациента, выявления наличия симптомов заболеваний и выставления сестринских диагнозов. Основным, в сестринской практике при данном заболевании, является адекватный и своевременный уход. Проводя исследования в педиатрическом отделении мы разработали памятку для пациентов и их родителей (Приложение 2). Мы надеемся, что данная памятка поможет в дальнейшем снизить процент рецидивов и осложнений заболевания щитовидной железы, а тем у кого не возникла данная проблема, предупредить ее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Труд медицинского работника педиатрического отделения имеет свои особенности. Прежде всего, он предполагает процесс взаимодействия с детьми и их родственниками. Этика - важная составляющая часть медицинского работника. Эффект лечения пациентов во многом зависит от отношения медицинских сестер к самим пациентам. При выписке из стационара благодаря усилиям медицинского персонала пациент и его родители получают дополнительную информацию о течении болезни, возможных осложнениях, методах их профилактики.

Благодаря санитарно – просветительской работе медицинских сестер отделения, дети и их родители освоили методы психоэмоциональной разгрузки, усовершенствовали методы самоконтроля за заболеванием в домашних условиях, откорректировали режим отдыха и питания получили новый заряд положительных эмоций.

Выполняя процедуры по уходу, медицинские сестры должны помнить заповедь Гиппократов «Не навреди!» и делать все, чтобы ее не нарушить.

В условиях технического прогресса в медицине и все большего оснащения больниц и поликлиник новыми изделиями медицинской техники, роль инвазивных методов диагностики и лечения будет возрастать.

Это обязывает медицинских сестер скрупулезно изучать имеющиеся и вновь поступающие технические средства, осваивать инновационные методики, знать технологию их применения, а так же соблюдать деонтологические принципы работы с пациентами с патологией эндокринной системы, на разных этапах лечебно-диагностического процесса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анпилова С.Г., Беседина С.Б., Воронова О.В. и др. Основные показатели деятельности медицинских организаций и состояния здоровья населения Белгородской области за 2017 год [Электронный ресурс]//URL: https://docviewer.yandex.ru/view/0/?*
2. Баранов А.А., Альбицкий Ю.В., Иванова А.А., Терлецкая Р.Н., Косова С.А. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации [Текст]// Российский педиатрический журнал, – 2012. – Т. 6. – С. 4-9.
3. Башнина Е.Б., Берсенева О.С., Ворохобина Н.В., Галахова Р.К., Иванов Н.В., Серебрякова И.П., Фогт С.Н. [Эндокринные заболевания у детей и подростков.](#) Руководство для врачей [Текст] / Под редакцией Е.Б. Башниной. Москва, 2017. –397 с.
4. [Детская эндокринология.](#) Богова Е.А., Емельянов А.О., Зильберман Л.И. и др. Атлас [Текст] / Москва, 2016. – 459 с.
5. Зелинская Д.И., Ширяева Л.В., Терлецкая Р.Н. [Современные подходы к совершенствованию медицинской помощи детям с заболеваниями эндокринной системы.](#) [Текст]Здравоохранение Российской Федерации. – 2012.–[№3](#). –С. 34-38.
6. Иллек Я.Ю., Галанина А.В., Высотина А.В. [Эндокринные нарушения у детей.](#) [Текст]Вятский медицинский вестник. –2007.–[№2-3](#). –С. 76-78.
7. Картелишев А. В., Румянцев А. Г., Смирнова Н. С. Актуальные проблемы ожирения у детей и подростков; [Текст] Медпрактика-М - М.,2014. - 280 с.
8. Касаткина Э. П. Сахарный диабет у детей: [Текст]моногр. ; Медицина - М.,2014. - 272 с.

9. Кузнецов Е.В., Жукова Л.А., Пахомова Е.А., Гуламов А.А. Эндокринные заболевания как медико-социальная проблема современности [Текст]// Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4.– С.56-79
10. Лисс В.Л., Нагорная И.И., Николаева Л.В., Плотникова Е.В., Скородок Ю.Л., Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. [Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков \[Текст\]](#)/ под редакцией Н.П. Шабалова. Москва, 2013. –264 с.
11. [Обследование детей с эндокринными заболеваниями.](#) Бардымова Т.П., Михалева О.Г., Березина М.В. Учебное пособие с грифом УМО[Текст] / Иркутск, 2013. –126 с.
12. Рудницкий Л. В. Заболевания щитовидной железы. Лечение и профилактика; [Текст] Питер - М., 2016. - 128 с.
13. Ширяева Л.В., Зелинская Д.И. [Эндокринная патология и ее последствия в детском возрасте. \[Текст\]](#) Детская больница. – 2014.– №3(45). – С. 50-55.
14. Эндокринные заболевания у детей и подростков: руководство для врачей [Текст]/ под ред. Е. Б. Башниной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета для родителей, детей болеющих эндокринными заболеваниями

Данное анкетирование проводится с целью выявления особенностей профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике и лечении эндокринной системы у детей.

Заполняя анкету(анонимно),внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

Выберите один вариант ответа.

1. Возраст _____
2. Пол: мужской женский
3. Местожительства: город село
4. Сколько детей в вашей семье _____
5. Были ли у вас или вашего супруга заболевания эндокринной системы?
может членов семьи?
 да
 нет
 затрудняюсь ответить
6. Отметьте факторы риска, которые по Вашему мнению оказали влияние на развитие эндокринных заболеваний вашего ребенка:
 неправильное питание
 наследственность
 малая физическая активность
 вредные привычки
 всё вышеперечисленное.
7. Когда был поставлен диагноз вашему ребенку?
 в первые 3 года жизни
 старше 3х- лет

8. Отметьте факторы риска, которые по вашему мнению оказали влияние на развитие эндокринных заболеваний вашего ребенка:

- неправильное питание
- наследственность
- всё вышеперечисленное.

9. Получаете ли вы медицинскую помощь в необходимом объеме?

- да
- нет

10. Откуда вы получаете знания о заболевании вашего ребенка?

- специальная литература
- врач эндокринолог
- мне не нужна лишняя информация, знаю достаточно
- форумы и группы поддержки в интернете

11. Получал ли ваш ребенок санаторно-курортное лечение?

- да
- нет
- да, но мы были вынуждены отказаться

12. Знаете ли вы физические показатели, по которым можно следить за правильным развитием вашего ребёнка?

- да
- нет
- частично

13. Спустя какое время после диагностирования у ребенка заболевания вы начали лечение??

- сразу
- в течении месяца
- через месяц
- более месяца

14. По вашему мнению, какова роль среднего медицинского персонала в проведении профилактических мероприятий при данном заболевании?

санитарно просветительская работа

наставник для пациентов и их родителей по вопросам профилактики и ухода

15. В случае возникновения проблемных вопросов по заболеванию вашего ребёнка за советом Вы обратитесь?

к медицинской сестре, врачу

к медицинскому справочнику(литературе)

посмотрите в интернете

посоветуетесь со знакомыми.

16. Хотели бы вы получать больше информации о заболевании вашего ребёнка от медицинских работников?

да

нет

17. Считаете ли необходимым создание совместных «Школ здоровья» для родителей и детей, которые имеют эндокринные заболевания?

однозначно да

не задумывался (лась) над этим

не считаю необходимым

18. Дополнительную информацию о профилактике заболевания вашего ребёнка вы предпочитаете получить в виде?

лекции

беседы

практического занятия

буклета

информационного стенда в поликлинике.

Спасибо за участи

Для предупреждения заболеваний эндокринной системы необходимо:

Регулярное посещение врача-эндокринолога, так как это может помочь выявить заболевание на ранней стадии, облегчить течение и избежать последующих осложнений.



Регулярная физическая нагрузка

положительно влияет на весь организм в целом: улучшает кровообращение, укрепляет иммунитет, а так же улучшает метаболизм, помогает снизить вес



Меньше стресса

На фоне постоянных переживаний могут обостряться не только эндокринные заболевания, но и многие другие. Если не получается избежать стрессовой ситуации, то нужно поменять свое отношение к данной ситуации, а также хорошо помогает медитация.



рацион питания

Необходимо употреблять свежие, термически необработанные продукты; так же они должны содержать витамины, минералы, клетчатку, аминокислоты и жиры. Для того что бы предупредить развитие йода дефицитных заболеваний, следует включить в свой рацион морские продукты и йодированную соль. Пить больше воды, хотя бы 2-3литра в день, так как обильное питье нормализует метаболизм и улучшает кровообращение



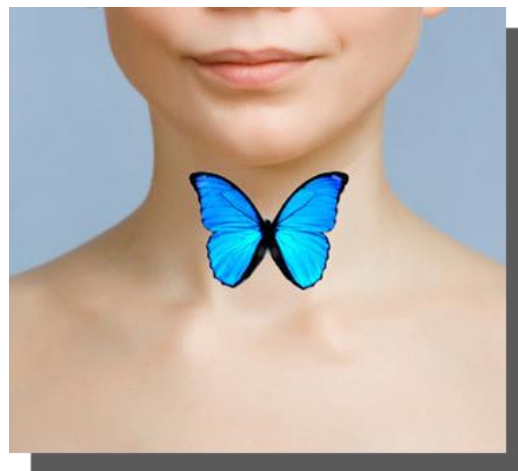
Всемирный день заболеваний щитовидной железы



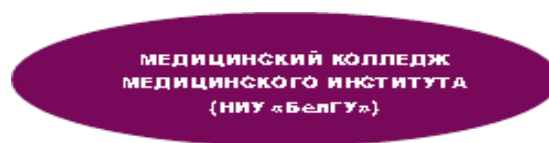
Отмечается 25

мая с 2009 года. Европейская тиреоидная ассоциация решила выделить определенный день в календаре для создания события международного уровня.

Предупредить любое заболевание можно внимательным отношением к себе!



Профилактика заболеваний щитовидной железы



**Белгород
2019**