УО «Борисовский государственный медицинский колледж»

**ДЛЯ УЧАЩИХСЯ 4-го КУРСА СПЕЦИАЛЬНОСТИ 2-79 01 31 « СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»**

# G:\Мама\ИНФЕКЦИИ\Рисунки по инфекциям\Больной холерой.jpg

***Дорогой друг!***

***Перед тобой скорый помощник при подготовке к контрольной работе или экзамену, при ведении сестринской истории болезни. В краткой форме изложены некоторые вопросы дисциплины «Сестринское дело при инфекционных заболеваниях». Выделены ведущие проблемы пациента, требующие особенностей сестринского ухода, что позволит легко составить лист сестринского ухода. При подготовке к экзамены выделенное жирным шрифтом следует запомнить наизусть. Косым шрифтом обозначены опорные моменты ответа. Обратите внимание на схему ответа:***

***1.Определение заболевания***

***2.Возбудитель.***

***3.Механизмы и пути передачи.***

***4.Клиника (5 периодов: инкубационный, продромальный, основные проявления, угасания, реконвалисценции)***

***5.Особенности сестринского ухода.***

***Успехов!***

**Вопросы, на которые здесь можно найти ответы.**

1. **Развитие учения об инфекции. Понятие об эпидемическом процессе. Классификация инфекционных болезней.**
2. **Современная характеристика инфекционной заболеваемости в Республике Беларусь.**
3. **Понятие об эпидемиологическом процессе и его звеньях.**
4. **Особенности лечения инфекционных больных.**
5. **Периоды инфекционной болезни и их краткая характеристика.**
6. **Особенности сестринского ухода при различных острых инфекционных болезнях**
7. **Основные методы диагностики инфекционных заболеваний.**
8. **Устройство и режим инфекционной больницы.**
9. **Дезинсекция. Основные виды насекомых – переносчиков в Республике Беларусь**.
10. **Дератизация. Виды. Методы.**
11. **Инфекционно-токсический шок.**
12. **Внутрибольничные инфекции и их профилактика.**
13. **Сестринский процесс при брюшном тифе и паратифах А и Б.**
14. **Сестринский процесс при сальмонеллезах. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.**
15. **Сестринский процесс при ботулизме**.
16. **Сестринский процесс при дизентерии**
17. **Сестринский процесс при холере. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.**
18. **Вирусный гепатит А: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами. Профилактика.**
19. **Вирусные гепатиты В, С, D.**
20. **Сестринский процесс при иерсиниозной инфекции: кишечном иерсиниозе, псевдотуберкулезе.**
21. **Сестринский процесс при ротавирусных гастроэнтеритах.**
22. **Сестринский процесс при лептоспирозе .**
23. **Сестринский процесс при инфекционных заболеваниях передающихся аэрозольным механизмом..Грипп.**
24. **Первичный менингит: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение.**
25. **Вторичный менингит: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение.**
26. **Бруцеллёз: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение.**
27. **Сестринский процесс при риккетсиозах. Сыпной тиф эпидемический..**
28. **Сестринский процесс при боррелиозах. Системный клещевой боррелиоз.**
29. **Сестринский процесс при туляремии.**
30. **Сестринский процесс при трихинеллёзе. Профилактика.**
31. **Развитие учения об инфекции. Понятие об эпидемическом процессе. Классификация инфекционных болезней.**

***Инфекционные болезни*** известны человечеству еще с глубокой древности. Эпидемиями охватывались огромные территории, включая целые государства и народы. Профилактика инфекционных заболеваний, борьба с ними во все времена и у всех народов представляли собой самую серьезную общественную проблему. Решающим этапом в познании внутренней сущности **эпидемии** стали великие микробиологические открытия и достижения второй половины XIX в , которым предшествовало открытие микробов (А **Левенгук**, 1632—1723).

**Луи Пастер (1822-1895, Франция).** доказал, что вакцина, изготовленная из возбудителей той или другой болезни, способна уберечь человека от соответствующего заболевания или существенно ослабить его течение

**Р.Кох (1843 г. – 1910 г., Германия)** Немецкий микробиолог, открывший возбудителей туберкулеза (1882) и холеры (1883).Получил Нобелевскую премию по физиологии и медицине в 1905 г

**Исследования Л. Пастера** (1822-1895), Р. **Коха** (1843-1910) определили не только торжество *контагионистской теории эпидемий*, но и привели к разработке множества практических мер в борьбе с заразными заболеваниями (современная диагностика заболеваний, использование дезинфекции, разработка и введение в широкую практику специфической профилактики с помощью вакцин и сывороток и т д )

**Первая мировая война**, последовавшие затем две революции, гражданская война, экономическая разруха, голод привели к невиданному до сих пор распространению различных эпидемий. Именно в этих условиях в 1920 г. в Одессе (Новороссийский университет) была создана **первая в мире кафедра эпидемиологии**. Ее организатор —**Д. К.** **Заболотный** (1866-1929), **Заболотному** принадлежит открытие наличия природных очагов чумы и первый учебник по эпидемиологии. **Д. К.** **Заболотный** создал *школу отечественных эпидемиологов*, к которой принадлежали **Л. В.** **Громашевский**, **М. Н.** **Соловьев** и другие, внесшие в последующем огромный вклад в развитие эпидемиологии. **Д. К.** **Заболотный** считается *основоположником отечественной эпидемиологии*.

**Л. В.** **Громашевский** (1887-1980), сформулировавший учение об эпидемическом процессе, в частности, о механизме передачи.

***Эпидемический процесс – это распространение инфекции в человеческом обществе или сообществе животных. Состоит из трёх звеньев: источника, механизмов и путей передачи и восприимчивого населения.*** На принципе разделения возбудителей инфекций по месту локализации основана классификация инфекционных болезней **по Громашевскому:**

1. ***Кишечные инфекции*** (локализация в ЖКТ).
2. ***Инфекции дыхательных путей*** (локализация в дыхательных путях).
3. ***Кровяные инфекции трансмиссивные*** (локализация в крови.).
4. ***Инфекции наружных покровов*** (локализация в коже и слизистых).

Вторая классификация по путям передачи **по Черкасскому** (1994 год):

***1Кишечные инфекции*** ( пищевой путь, заражение через рот).

***2Инфекции дыхательных путей*** (воздушно-капельный - аэрозольный путь, заражение через дыхательные пути).

***3Кровяные инфекции трансмиссивные*** (передача возбудителя через переносчиков - комары, блохи, клещи и др.).

***4Кровяные инфекции не трансмиссивные*** (заражение при инъекциях, переливании крови, плазмы и т.п.).

***5Инфекции наружных покровов (***контактный путь распространения, заражение через кожу или слизистые оболочки).

Помимо такого деления, все инфекции, которыми заражается и болеет человек, принято разделять еще на три группы:

***Антропонозы*** - заболевания, свойственные только человеку и передающиеся от человека человеку (от греческих слов: anthropos - человек, nosos - болезнь).

***Зоонозы*** ( от греческого слова zoon - животные) - болезни, свойственные животным и человеку и передающиеся от животного человеку, от человека человеку не передаются.

***Сапронозы*** – заболевания, возбудители которых находятся в окружающей среде.

**2.Современная характеристика инфекционной заболеваемости в Республике Беларусь.**

***Инфекционные болезни*** известны человечеству еще с глубокой древности. Эпидемиями охватывались огромные территории, включая целые государства и народы. Недаром инфекционные болезни получили название "моровых болезней". Профилактика инфекционных заболеваний, борьба с ними во все времена и у всех народов представляли собой самую серьезную общественную проблему. Следует подчеркнуть, что ***инфекционный процесс*** — один из самых сложных в природе биологических процессов, а инфекционные болезни являются грозными разрушительными факторами для человеческого общества, наносящими ему колоссальный экономический ущерб. Эйфория 50-70-х годов нашего столетия по поводу успешной борьбы с инфекциями и полной ликвидации части из них оказалась преждевременной. Лишь одну инфекционную болезнь — натуральную оспу — можно считать условно ликвидированной на планете. Однако вирус заболевания сохраняется в ряде лабораторий, а прослойка не иммунных людей весьма значительна и постоянно возрастает. С другой стороны, увеличивается число новых, ранее неизвестных науке инфекций. Особое значение приобретает медицинская безграмотность населения. Отсюда позднее обращение к врачу и несвоевременная госпитализация инфекционных больных (дифтерия, боррелиоз — болезнь Лайма и др.). Во всех странах мира, независимо от экономического

развития, отмечается и рост инфекционных заболеваний , регистрируются эпидемии. В основе роста заболеваемости в Беларуси лежит ряд причин.

***Во-первых***, возрастает значимость «классических» инфекций, называемых «возвращающимися, вновь возникающими». Так в Беларуси стремительный рост заболеваемости туберкулезом. Растёт заболеваемость сифилисом и другими инфекциями, передаваемыми половым путем. С ослаблением иммунопрофилактики наблюдается рост заболеваемости дифтерией в конце 80-х - начале 90-х годов.

***Во-вторых***, все более возрастает роль условно-патогенных микроорганизмов, особенно в эпидемиологии внутрибольничных и многих других инфекций, а также возбудителей кишечных, легочных заболеваний.

***В-третьих***, официальная статистика в Беларуси регистрирует лишь 47 инфекционных заболеваний, а число известных науке инфекций увеличивается. Достаточно напомнить, что если в 1955 г. их насчитывалось 1062 (В. М. Жданов), то в настоящее время – более 1200 [Покровский В. И. и др., 1994]. При этом, многие из них представляют большую эпидемическую опасность и характеризуются высокой летальностью. 1981 год ознаменовался описанием синдрома приобретенного острого иммунодефицита – СПИД, чумы XX века. Позднее была установлена длительная бессимптомная или малосимптомная стадия болезни, наиболее опасная в эпидемиологическом плане, в связи, с чем был введен впервые в мире у нас в Беларуси термин – ВИЧ-инфекция. Отсюда возникновение новых проблем как для специалистов, так и для общества в целом.

 Перед здравоохранением стоят серьезные задачи в профилактике и борьбе с инфекционной заболеваемостью. Трудности реализации этих задач в сложившихся непростых условиях жизни нашего общества очевидны. Поэтому необходимо использовать весь арсенал имеющихся в нашем распоряжении средств и методов для нормализации эпидемиологической обстановки и снижения инфекционной заболеваемости

**3.Понятие об эпидемиологическом процессе и его звеньях.**

## *Эпидемический процесс – это распространение инфекции в человеческом обществе или сообществе животных. Состоит из трёх звеньев: источника, механизмов и путей передачи и восприимчивого населения.*

Как известно, *для развития эпидемического процесса необходимо наличие трех основных звеньев: источника инфекции, механизма передачи инфекции и восприимчивого населения.*

|  |  |
| --- | --- |
| ИСТОЧНИКВОСПРИИМЧИВОСТЬНАСЕЛЕНИЯМЕХАНИЗМЫ И ПУТИ ПЕРЕДАЧИ  Рис.1 Схема эпидпроцесса.ИСТОЧНИКИсточникИсточникИсточник***Веерообразный Поступательный*** Рис.2. Виды эпидпроцесса.**Разновидности:**1.антропонозный2.зоонозный3.антропонозно-зоонозный (смешанный)  |  |

Отсутствие (или разрыв) любого из них приводит к прекращению эпидемического процесса. При планировании и проведении профилактических мероприятий теоретически и практически обоснованным является их разделение на три группы: 1) мероприятия в отношении источника инфекции, направленные на его обезвреживание (или устранение); 2) мероприятия в отношении механизма передачи, проводимые с целью разрыва путей передачи; 3) мероприятия по повышению невосприимчивости населения. Соответственно этой эпидемиологической триаде выделяют три группы профилактических (противоэпидемических) мероприятий.

**4.Особенности лечения инфекционных больных.**

***Лечение инфекционных больных включает:***

*1.Специфическое (этиотропное лечение, направленное на уничтожение возбудителя).*

*2.Иммунотерапия, направленная на повышение иммунитета.*

*3.Симтоматическая терапия, устраняющая симптомы и облегчающая состояние пациента.*

Рациональное лечение инфекционного больного заключается в воздействии на все составляющие инфекционного процесса.

**ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**. В первую очередь необходимы терапевтические мероприятия направленные на возбудителя болезни (бактерии, вирусы и т. д.), а также на ядовитые продукты их жизнедеятельности (токсины), которые выделяют эти возбудители. Используются следующие группы препаратов:

* антибиотики
* сульфаниламиды
* противовирусные
* противопаразитарные
* вакцины
* сыворотки
* бактериофаги
* анатоксины

**ИММУНОТЕРАПИЯ.** Второй важной задачей является нормализация нарушенного обмена веществ, усиление сопротивляемости организма и восстановление биологического равновесия с окружающей средой. **Иммунотерапия** - это использование иммунологических закономерностей для лечения больных.

**Для этих целей используются препараты:**

* антитоксические и антибактериальные (антимикробные) иммунные сыворотки,
* иммуноглобулины (гамма-глобулины),
* плазма.

Иммунные сыворотки, используемые в практике специфической профилактики и терапии инфекционных болезней, это сыворотки получаемые от иммунизированных животных или переболевших людей, или специально иммунизированных доноров

**СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**. Направлено на купирование клинических проявлений инфекционного заболевания.

**5.Периоды инфекционной болезни и их краткая характеристика.**

Особенностью инфекционной болезни является ее цикличность. В развитии инфекционного заболевания выделяют несколько последовательных периодов: инкубационный, начальный, разгара болезни и выздоровления. Каждый период имеет свои характерные признаки.

Период времени от момента заражения и до первых клинических проявлений болезни называется ***инкубационным (скрытым).*** Разные инфекционные болезни имеют различную длительность этого периода (от нескольких часов до месяцев и даже лет). В это время обычно не обнаруживается видимых нарушений здоровья.

***Продромальный период*** - это время с момента появления первых признаков болезни до ее разгара. Преобладают общие симптомы болезни (повышение температуры тела, недомогание, общая слабость, снижение работоспособности и др.).

***Разгар болезни*** появляются характерные для данной болезни признаки. В дальнейшем многие признаки могут достигать своей максимальной выраженности.

***Период угасания*** - очищение организма от возбудителя и постепенное исчезновение клинических симптомов заболевания.

***Период выздоровления*** (реконвалесценции) начинается с момента уменьшения выраженности проявлений инфекционного заболевания, когда в организме уже нет возбудителя, но нарушенные функции органов и систем ещё не восстановлены.

**6.Особенности сестринского ухода при различных острых инфекционных болезнях.**

 Сущность ухода за инфекционными больными - это широкий комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, диагностических и лечебных процедур, а также воспитательной работы с больным, направленные на его быстрое выздоровление и предотвращение рассеивания инфекции. Для обеспечения надлежащего ухода необходимо знать основные особенности инфекционного больного. **Главная особенность** состоит в том, что большинство инфекционных больных выделяют во внешнюю среду возбудителей, т. е. являются источником заразного начала. Отсюда важно знать, где в организме больного находятся возбудители, каким образом они выделяются во внешнюю среду, как заражаются здоровые люди, пути и способы заражения, что нужно делать, чтобы не допустить распространения инфекции.

**Вторая особенность:** инфекционные болезни сопровождаются лихорадкой, интоксикацией и токсическим поражением центральной нервной системы, поэтому у больных часто развиваются нервно-психические расстройства. Нужно знать характер этих нарушений, чтобы правильно подойти к больным, установить с ними нужный контакт. Хорошее состояние психики больного - один из важных факторов быстрого выздоровления.

**Третья особенность:** инфекционные болезни - острые, динамичные заболевания при которых состояние больного может внезапно изменяться. В связи с этим часто возникает необходимость быстрого неотложного решения вопроса об оказании срочной помощи пациенту и изменении характера ухода за ними.

**Четвертая особенность** состоит в том, что клиническое выздоровление при инфекционных болезнях, как правило, намного опережает полное восстановление возникших в организме человека органических и функциональных расстройств. В периоде выздоровления (реконвалесценции) больные долгое время физически ослаблены, у них нарушена психика, имеются расстройства со стороны сердечнососудистой системы и других органов и систем, но, не смотря на это, их самочувствие нередко бывает вполне удовлетворительным и совершенно не соответствует глубоким изменениям, сохраняющимся в организме.

***Медицинские работники должны хорошо знать все отмеченные особенности, чтобы со знанием дела осуществлять уход за инфекционными больными в стационаре и дома.***

**Особое внимание следует уделять питанию больного.** Учитывая сниженный аппетит и общее состояние, количество пищи следует уменьшить. Пища должна быть легко ассимилируемой, хорошо и вкусно приготовленной и приспособленной к характеру повреждений в организме. В рацион должны входить продукты соответствующей диеты. Причем нужно следить, чтобы больные получали достаточное количество жидкостей в виде чая, обыкновенной воды, соков, компотов и т. д.

**7.Основные методы диагностики инфекционных заболеваний.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Основой **диагностики инфекционных заболеваний** служат анамнестические данные. Устанавливают наличие болевого синдрома, рвоты, характер лихорадки, озноб, жалобы, хронологию симптомов. По достоверности, симптомы инфекционных заболеваний делятся на три группы:* абсолютные
* опорные симптомы инфекционных заболеваний
* наводящие

***Абсолютные симптомы*** встречаются при определенном заболевании. Такие признаки позволяют уверенно ставить диагноз конкретной болезни. Пример таких симптомов - характерные высыпания при оспе, опистотонус и тризм при столбняке.***Опорные симптомы*** *-* признаки инфекционного заболевания, встречающиеся и при других болезнях. Эти признаки служат основанием для **вероятностного диагноза** больного. Например, ригидность мышц затылка характерна при гнойных менингитах, но встречается и при субарахноидальном кровоизлиянии.***Наводящие симптомы*** не дают даже предположительного диагноза. Эти симптомы характерны для группы заболеваний в равной степени вероятности. Их наличие дает направление дальнейшей диагностике, определению одного заболевания из группы. Примером наводящего симптома инфекционных заболеваний служит головная боль. Она является признаком менингитов, сыпного тифа, менингоэнцифалитов, гриппа, брюшного тифа, малярии, энтеровирусной инфекции.**Определяющим фактором** является ***эпидемиологический анамнез***. На его основе выясняются вероятные контакты больного с предполагаемыми источниками возбудителя. К ним относятся - контакты с больными, профессия, нахождение в зараженной местности или в благоприятных для выживания бактерий условиях.**Осмотр эпидемического очага.** При осмотре эпидемического очага оценивают его общее санитарно-гигиеническое состояние с позиций выяснения условий, способствующих осуществлению механизма передачи возбудителей данной инфекции и путей ее распространения.  |  |  |

Многие инфекционные заболевания протекают бессимптомно. В этом случае, лабораторная диагностика является единственным инструментом в определении заболевания.

**Лабораторная диагностика** основана на проведении тестов материала больного и наблюдение его в динамике. Материалом для лабораторного анализа служат выделения больного - моча, кал, рвотная масса. Слизистые оболочки, среда обитания, продукты потребления, кровь. Во всех случаях производится общий анализ крови, мочи и кала. Это может изначально дать важные сведения и задать направление дальнейшему диагностированию.

**Лабораторная диагностика**

 **Прямые методы Непрямые методы**

 ***бактериоскопический серологический***

 ***бактериологический иммунологический***

 ***биологический аллергологический***

***Бактериоскопический метод*** – изготовление нативного мазка и расмотрение под микроскопом непосредственного возбудителя заболевания.

***Бактериологический метод*** – посев материала от больного на питательные среды, выращивание при определённых условиях, изготавление мазков и поиск возбудителя под микроскопом.

***Биологический метод*** – заражение лабораторных животных и иследование тканей и органов на выявление возбудителя.

***Серологический метод*** применяется в двух направлениях:

 *Обнаружение с диагностической целью антител в сыворотке крови обследуемого.* В этом случае из двух компонентов реакции (антитела, антиген) неизвестным является сыворотка крови.

***Иммунологический метод*** диагностики инфекционных заболеваний основан на выявлении антител в организме пациента к возбудителю инфекции методами серологических исследований.

***Аллергологический метод*** – постановка аллергологической пробы на внутренней стороне предплечья с антигеном конкретного возбудителя. Чтение реакции через 24-48 часов.

**8.Устройство и режим инфекционной больницы.**

Устройство и режим инфекционных больниц (отделений) должны способствовать обеспечению полной изоляции больных, являющихся источниками инфекции. Помимо приемного отделения и нескольких отделений, предназначенных для размещения больных по роду заболевания, в каждой инфекционной больнице предусматриваются:

* санитарный пропускник,
* дезинфекционные камеры,
* прачечная.

Следует считать наиболее правильным размещение инфекционных отделений в самостоятельных корпусах — павильонная система; в каждом из таких отделений или в нескольких рядом расположенных палатах госпитализируются больные, страдающие одноименными заболеваниями, например дизентерией. В тех случаях, когда инфекционная больница занимает одно-, двух- или трехэтажный корпус, отделения, предназначенные для госпитализации однородных инфекционных больных, необходимо размещать поэтажно. Больные летучими инфекциями, например страдающие корью, скарлатиной и т. п., размещаются в верхних этажах.

В инфекционной больнице (отделении) нельзя допускать общения больных различными заболеваниями, а также медицинского персонала, обслуживающего различные отделения. Пища доставляется в павильон из центральной больничной кухни, затем подогревается в буфетной комнате отделения.

В каждой, палате допускается госпитализация больных только однородными инфекционными заболеваниями. Если у больного имеется смешанная инфекция (например, сыпной тиф и обострение хронической дизентерии), то он должен быть помещен в отдельную палату.

***Инфекционных больных принимают и размещают в палатах и боксах на основе поточно-пропускной системы***, при которой они от момента поступления и вплоть до момента выписки не должны соприкасаться с больными, страдающими другими инфекционными заболеваниями.

***Инфекционных больных, доставленных санитарным транспортом***, принимают в отдельных боксах, предназначенных лишь для определенных видов заболеваний (например, для приема больных брюшным тифом, скарлатиной, дифтерией и т. п.). Бокс, в котором осматривают поступающего больного, должен иметь самостоятельный вход и выход наружу. Желательно, чтобы вход и выход из бокса вели не на улицу, а во внутренний двор больницы. Помимо этого, из бокса в коридор приемного отделения ведут двойные застекленные двери; все двери бокса запираются на ключ, хранящийся у дежурного персонала. Устройство бокса позволяет дежурному врачу осматривать больного непосредственно в боксе, откуда он поступает в соответствующие отделения больницы, не встречаясь с другими больными, и, следовательно, не рассеивает инфекции и не подвергается опасности дополнительного заражения.

 ***Из приемного отделения больные поступают в соответствующие отделения больницы,*** где помещаются в палаты по роду заболевания. Тех больных, у которых можно отвергнуть диагноз воздушно-капельной инфекции (например, кори, ветряной оспы, дифтерии), помещают в «провизорные палаты». После установления диагноза больных переводят из «провизорной» в общую палату соответственно роду заболевания. В боксах оставляют лишь больных со смешанной инфекцией или тех, которые находятся в инкубационном периоде второго инфекционного заболевания.

***Выписка перенесших инфекционные заболевания возможна*** (при условии достаточного клинического выздоровления) не ранее обязательных сроков изоляции. и питании на ближайшие 2—3 недели.

**9.Дезинсекция. Основные виды насекомых – переносчиков в Республике Беларусь**

***Дезинсекция - это действия, направленные на уничтожение, нежелательных для соседства с человеком, насекомых, таких как: мухи, тараканы, комары, моль, муравьи, клопы и блохи. Многообразие биологических особенностей требует использования самых всевозможных способов борьбы с ними.***

***Различают три вида дезинсекции:***

 ***• физический – пылесос, липкая бумага, сетки на окнах и т.д.***

 ***• биологический – естественные враги,***

 ***• химический.***

Химические вещества, используются для борьбы с членистоногими, это яды и называются они обобщённо **инсектициды.** Инсектициды, которые употребляются для уничтожения клещей, называются **акарицидами.** Отпугивающие инсектициды - **репелленты**. Как и любые яды, инсектициды вызывают нарушение деятельности организма. Степень нарушения напрямую зависит от количества яда, попавшего в организм.

***Клещи*** это мелкие паукообразные, которых на Земле известно 20 тысяч видов. Одна часть это паразиты, другая хищники. Тельце или цельное или разделено на 2 части. Как правило имеется 6 пар лапок, которые вооружены присосками и коготками.

***Гамазовые клещи*** - хищники, питаются мелкими беспозвоночными, но некоторые паразитируют на наземных позвоночных. Абсолютно все виды - кровососы млекопитающих, рептилий и птиц. Наиболее популярны - куриный клещ и мышиный клещ, который может передать от грызуна человеку возбудителей осповидного риккетсиоза.

***Иксодовые клещи*** - самые крупные представители отряда. Во время питания они глубоко погружается в кожу и цепляется там специальным выростом так, что если выдернуть клеща, его головка останется в теле хозяина.

***Аргасовые клещи*** могут служить переносчиками клещевого возвратного тифа (спирохетоза).

Клещи подстерегают хозяина на кустике или деревце и, прикрепившись к нему, сосут кровь в течении нескольких недель. Они переносят много опасных и смертельных заболеваний: пятнистая лихорадка, клещевой сыпной тиф, клещевой энцефалит, туляремия; пироплазмоз и анаплазмоз.

***Комары*** - это маленькие, назойливые двукрылые насекомые. Строение: длинный и тонкий хоботок, тонкое вытянутое в длину брюшко, крылья со многими жилками.

Комары переносят около 50 вирусных, бактериальных и паразитных заболеваний, такие как малярия, туляремия, сибирская язва, филяриоз, гельминтозное поражение внутренних тканей. Укус комара вызывает зуд, который можно снять нашатырным спиртом, раствором питьевой соды или марганцовки.

**Муха** – самое плодовитое и назойливое насекомое. Большинство видов мух являются механическими переносчиками яиц глистов, возбудителей многих заразных заболеваний, а в первую очередь - дизентерии и брюшного тифа. Так же они могут распространять возбудителей туберкулёза, эпидемического конъюнктивита, некоторых аденовирусов.

**Блохи -** маленькие прыгающие кровососущие вредители, длиной 0,3 см. Тельце твёрдое, гладкое, покрытое устремленными назад щетинками. Ноги сильные, прыгучие. Блохи ведут активный образ жизни, с перерывами поселяясь на разных хозяевах. Питаются блохи как правило раз в сутки, иногда чаще. Блохи могут жить без еды несколько месяцев. Блохи могут распространять чуму, паразитических червей, эндемический сыпной тиф и другие инфекции, большинство из них смертельно опасны!

**Клоп** - это небольшое насекомое красно-бурого цвета 3-5 мм длиной, покрытое густыми волосками. Клопы могут длительно голодать, взрослые - до 5 месяцев, личинки - до 1 года. Самки откладывают яйца от 1 до 12 в сутки. Всего в течение жизни от 250 до 500 яиц, живут до 15 месяцев. Постельные клопы издают неприятный специфический запах. В организмах клопов довольно долго время могут сохраняться возбудители ряда болезней (чумы, туляремии, Ку-лихорадки, и др.).

**Тараканы -** самые быстрые в мире сухопутные насекомые, которыми установлен рекорд скорости в 5,4 км/ч. В Республике Беларусь наиболее распространены рыжие (прусаки) и чёрные (американские пепельные) тараканы. Тараканы могут распространять заболевания путем загрязнения пищи, они являются возбудителями инфекционных заболеваний (брюшной тиф, туберкулез, дизентерия, лепра и др), которые переносят на своих лапках и теле.Японские учёные установили, тараканы являются переносчиками бактерий, Helicobacter pylori, повышающая риск заболеваемости раком желудка, которая распространяется с тараканьим пометом. По мнению ученых, если в доме есть тараканы, то, скорее всего, все его жители инфицированы этой бактерией.

**10.Дератизация. Виды. Методы.**

**Дератизация** (от латинского: «de» - приставки, означающей устранение, и французского корня «rat» - крыса) - истребление синантропных грызунов, являющихся источниками или переносчиками инфекционных заболеваний вредителей.

Дератизация проводится против массовых видов грызунов, преимущественно из семейства мышевидных (крыс и мышей) и хомякообразных (полевок, песчанок, хомяков), живущих в населенных пунктах, в пустынях, степях, лесах других объектах.

Грызуны являются переносчиками тяжелейших инфекционных заболеваний, таких как туляремия, лептоспироз, листериоз, псевдотуберкулез, бешенство, инфекционная желтуха, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) и многих других.

Различают профилактическую и истребительную дератизацию.

**Профилактическая дератизация** направляется на лишение грызунов пищи, питья, а также мест для устройства нор и гнезд. Для этого обеспечиваются условия, при которых пищевые продукты и их отходы хранятся в ящиках, ларях, шкафах и других труднодоступных для грызунов местах. Окна в подвальных помещениях остекляются или закрываются мелкоячеистой металлической сеткой. Отверстия в местах ввода электропроводов, газовых, водопроводных, канализационных и отопительных труб тщательно заделываются. Вентиляционные и другие отверстия закрываются металлической сеткой, крысиные ходы цементируются или заполняются битым стеклом, используются устройства и конструкции, которые обеспечивают самостоятельное закрывание дверей, пороги и нижние части которых изготовляются из материалов, устойчивых к повреждению грызунами.

**Истребительная дератизация** – комплекс мер, направленных на уничтожение синантропных грызунов. Истребительная дератизация является обязательной для всех предприятий и учреждений и должна проводиться постоянно.При повышенной численности мышевидных грызунов, заселяющих более 50 % территории населенных объектов, организуют сплошную дератизацию, проводимую 2 раза в год (февраль — март и сентябрь). При частом заселении грызунами населенного пункта дератизацию осуществляют выборочно. В соответствии с международными соглашениями дератизация обязательна на всех кораблях и судах.

**Механический метод** в основном практикуется в быту и при отлове грызунов для лабораторных исследований на предмет заражения инфекцией. Он основан на применении ловушек, капканов, вершей, давилок, специальных клейких масс на различных подложках, наносимых липких клеев, других устройств и приспособлений. Для зоологических исследований используются живоловки.

**Биологический метод** основан на использовании животных (кошек, собак) и бактериальных культур, безопасных для человека.

**Физический метод** подразумевает применение всевозможных стационарных и переносных установок в виде ультразвуковых отпугивателей, или охранно-защитных дератизационных систем (ОЗДС). Отпугиватели издают ультразвук, непереносимый грызунами, ОЗДС отпугивает вредителей импульсным током, когда они подходят к электризуемому барьеру.

**Химический метод** заключается в применение ядов, которые подразделяются на легочные, кишечные (приманочные, не приманочные). Яды ( ***родентециды***) острого действия, вызывающие гибель грызунов после однократного попадания в организм в короткие сроки (от 0,5 часа до 24 часов) и яды пролонгирующего (кумулятивного) действия, оказывающие отравление через несколько суток после поедания отравленной приманки. В составе приманок содержатся действующие вещества такие, как: изоиндан, бромадиолон, бродифакум, дифетиалон, флокумафен.

**11. Инфекционно-токсический шок.**

***Инфекционно-токсический шок*** - это острая недостаточность кровообращения, приводящая к тяжелым метаболическим расстройствам и развитию полиорганной патологии.

Инфекционно-токсический шок чаще всего развивается при инфекциях, которые сопровождаются бактериемией, например, при менингококцемии, брюшном тифе, лептоспирозе. Он может возникнуть при тяжелом течении гриппа, геморрагических лихорадок, риккетсиозов. Причиной его могут быть некоторые простейшие, например, малярийные плазмодии и грибы.

В кровь поступает большое количество микробных токсинов (способствовать этому может разрушение бактериальных клеток при антибиотикотерапии)

**Клинические проявления инфекционно-токсического шока**

Различают 4 фазы или степени инфекционно-токсического шока.

***Ранняя фаза (1 степень)***

артериальная гипотензия может отсутствовать

тахикардия, снижение пульсового давления

шоковый индекс до 0,7 - 1,0

признаки интоксикации: боли в мышцах, боли в животе без определенной локализации, сильная головная боль

нарушения со стороны центральной нервной системы: подавленность, чувство тревоги, или возбуждение и беспокойство

со стороны мочевой системы: снижение темпа мочевыделения: менее 25 мл/ч

***Фаза выраженного шока (2 степень)***

критически падает АД (ниже 90 мм рт. ст.)

пульс частый (более 100 уд/мин), слабого наполнения

шоковый индекс до 1,0 - 1,4

состояние микроциркуляции, определяемое визуально: кожа холодная, влажная, акроцианоз

дыхание частое

заторможенность и апатия

 ***Фаза декомпенсированного шока (3 степень)***

дальнейшее падение АД

дальнейшее увеличение частоты пульса

шоковый индекс около 1,5

состояние микроциркуляции, определяемое визуально: нарастает общий цианоз

появляются признаки полиорганной недостаточности: одышка, олигурия, иногда появляется желтуха

 ***Поздняя стадия шока (4 степень)***

шоковый индекс более 1,5

общая гипотермия

состояние микроциркуляции, определяемое визуально: кожа холодная, землистого оттенка, цианотичные пятна вокруг суставов

усугубляются признаки полиорганной недостаточности: анурия, острая дыхательная недостаточность, непроизвольная дефекация, нарушения сознания (кома)

***Особенности течения инфекционно-токсического шока при различных заболеваниях***

*При менингите, геморрагических лихорадках* преобладает геморрагический синдром.

*При гриппе* шок чаще развивается при присоединении бактериальных осложнений.

*При лептоспирозе* шок чаще развивается в период начала антибиотикотерапии, что приводит к разрушению микробных клеток и массивному выходу токсинов в кровь.

**Терапия.**

Лекарственные препараты вводят внутривенно, в резинку инфузионной системы, параллельно с проведением инфузионной терапии кристаллоидными растворами.

***Глюкокортикостероиды.*** Механизм действия - способствуют восстановлению кровообращения.Дозы - преднизолон 10 - 15 мг/кг веса, одномоментно возможно введение до 120 мг преднизолона, при положительной динамике дальнейшее введение глюкокортикостероидов повторяют через 6 - 8 часов, при отсутствии положительной динамики, при инфекционно-токсическом шоке 3 - 4 степени - повторные введения через 15 - 20 мин.

 ***Гепарин.*** Начинают применять в фазу гиперкоагуляции ДВС синдрома.Способы введения и дозы - в/в, сначала одномоментно, а затем капельно по 5 тыс ЕД под контролем времени свертывания крови (не более 18 мин).

 ***Ингибиторы фибринолиза*** (контрикал).Показания к применению - инфекционно-токсический шок 3 - 4 степени. Особенности применения - сочетать с введением гепарина. Дозы - для контрикала 20 тыс ЕД.

 ***Допамин.***

Цель применения - восстановление почечного кровотока. Дозы - 50 мг в 250 мл 5% раствора глюкозы, скорость введения 18 - 20 кап/мин.

 ***Пентоксифиллин (трентал).***Цель применения - улучшение микроциркуляции, повышение неспецифической резистентности организма, нормализация гемостаза.

 ***Сосудорасширяющие препараты*** - папаверин, дибазол. Сердечные гликозиды - при необходимости.

***Витаминотерапия*** (особенно аскорбиновая кислота).

Для лечения основного заболевания возможно применение антибиотиков, которые обладают бактериостатическим действием. Антибиотики с бактерицидным действием будет способствовать развитию инфекционно-токсического шока.

***Другие лечебные мероприятия*** при инфекционно-токсическом шоке

Ингаляция через носовые катетеры увлажненного кислорода со скоростью 5 л/мин.

Придание больному положения с приподнятыми до 15о ногами.

Катетеризация мочевого пузыря для постоянного контроля за диурезом (мочеотделение 0,5 - 1 мл/мин свидетельствует об эффективности терапии).

После стабилизации гемодинамики возможно применение методов экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации.

После выведения больного из состояния инфекционно-токсического шока - продолжать интенсивную терапию при возможности возникновения дыхательное, печеночной и почечной недостаточности

**12.Внутрибольничные инфекции и их профилактика.**

***Внутрибольничная инфекция*** (больничная, госпитальная, внутритригос-питальная, нозокомиальная) - любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения в нее за лечебной помощью, или сотрудников больницы вследствие их работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время или после пребывания в больнице.

*Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения, 1979 год.*

**К ВБИ не относятся:**

- случаи поступления пациента в стационар в инкубационном периоде инфекции;
- инфекции, являющиеся закономерным развитием основного заболевания, а также
- случаи внутриутробной инфекции и инфицирования новорожденного при прохождении через родовые пути матери.

Целесообразно по месту заражения все инфекции, регистрируемые в больнице, разделять на:



По типу инфицирования ВБИ необходимо различать на:



Если инфекция развивается при участии факторов передачи, т.е. если возбудитель был занесен в организм извне, она является экзогенной.

Пример: в результате неэффективной стерилизации инструментов и материалов у пациента на 7 сутки послеоперационного периода развилось нагноение послеоперационной раны, вызванное Klebsiellapneumoniae.

В группе экзогенных ВБИ целесообразно различать:

|  |  |
| --- | --- |
| **1**  | **2**  |
| Инфекции, при которых передача возбудителя связана с пищевым продуктом, лекарственным раствором, изделиями медицинского назначения и т.д., инфицированными непосредственно в данном лечебном учреждении  | Инфекции, при которых инфицирование готового пищевого продукта, лекарственного раствора, стерильных материалов произошло вне данного лечебного учреждения.  |

***Если инфекция развивается без участия факторов передачи и возбудитель первично локализуется в организме пациента, она является эндогенной.***

В этой группе необходимо различать:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Инфекции, связанные с распространением микрофлоры в окружающие ткани из органа, в норме содержащего собственную микрофлору при выполнении на нем каких-либо операций  | Инфекции, связанные с активизацией возбудителя | Инфекции в послеоперационном или послеродовом периоде  | Инфекции, связанные с транслокацией возбудителя из кишечника в кровеносное русло  | Инфекции, обусловленные декомпенсацией дисбактериоза кишечника  |

***Обычно используются сле­дующие приемы по выделению возбудителя и меры предосторожности***:

1. Строгая изоляция больного в случаях, когда возможно аэрогенное или контактное распространение инфекции, например при оспенной пневмонии.

2. Респираторная изоляция в случаях, когда инфекционный агент содержится в воздушных аэрозолях, у которых размер частиц соответствует размеру вды­хаемых частиц, как, например, при туберкулезе.

3. Соблюдение предосторожности при наличии кожных ран, когда прямой или непрямой контакт с инфицированными кожными очагами или загрязненной одеждой может привести к трансмиссии микроорганизмов, например, при ста­филококковой раневой инфекции.

4. Соблюдение мер предосторожности в случае наличия кишечных инфекций, при которых передача возбудителя происходит фекально-оральным путем и основ­ные усилия должны быть направлены на предотвращение контакта с предметами, загрязненными фекалиями, например, при гепатите А.

5. Защитная (обратная) изоляции, когда меры предосторожности направ­лены на защиту чрезвычайно чувствительного к инфекции больного с нарушен­ными защитными механизмами от микроорганизмов, циркулирующих в окру­жающей среде, например, для больных с ожогами.

6. Соблюдение мер предосторожности при манипуляциях с кровью, когда передача инфекции осуществляется при случайном проникновении инфицирую­щего агента через кожу или слизистые оболочки в кровь, например, при гепа­тите В.

7. Соблюдение мер предосторожности, направленных на ограничение пере­дачи бактерий с множественной лекарственной устойчивостью другим больным.

**Если же профилактические меры оказались неэффективными, необходимо соблюдать следующие принципы.**

1. Предотвратить дальнейшее распространение болезни, изолировав больного или, если позволяет его состояние, прервав пребывание в стационаре.

2. Выявить все контакты данного больного и определить их чувствительность к инфекции и степень возможного заражения.

3. Принять все доступные профилактические меры в отношении лиц, под­вергшихся возможному заражению.

4. Разработать план предупреждения распространения инфекционного агента лицами, чувствительными к инфекции, основывающийся на значении эпидемио­логии данной инфекции, эффективности и доступности различных мер по борьбе с ней и возможных последствий ее дальнейшего распространения.

**13.Сестринский процесс при брюшном тифе и паратифах А и Б. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.**

 ***Брюшной тиф и паратифы А и В*** — это острые инфекционные заболевания, вызываемые сальмонеллами, которые оказывают свое патогенное действие благодаря наличию эндотоксина.

***Возбудитель*** - salmonella typhi, аэробная, не образующая спор, хорошо подвижная (наличие жгутиков) грам-отрицательная палочка.

Особенности ***Salmonella typhi:***

* *Обладает нейротропным действием*
* *При распаде выделяет эндотоксин*
* *Имеет 3 антигена:*

*О – встречается только у больных*

*V – Встречается только у выздоравливающих*

*Н – встречается у переболевших и привитых*

***Источник инфекции*** *— больной человек и бактерионоситель.*

***Механизм передачи*** – фекально – оральный.

***Пути*** ***передачи -*** водный (основной), пищевой, контактно - бытовой.

***Факторы - передачи -*** *вода, пища, предметы обихода, мухи.*

 ***Инкубационный период*** – 2 недели. Начинается постепенно, с повышения температуры, общей слабости, головной боли. Продромальный период 4-5 дней ( слабость, температура от 37 до 40).

***В период основ проявлений:***

* ***Постоянная лихорадка.*** Постепенно нарастает температура, которая к концу 1-й недели достигает 39—40° и держится на этом уровне 2—3 недели
* ***Розеолёзная сыпь*** . На 8—10-й день болезни на коже груди и живота появляется розеолезная сыпь, обычно необильная ( рис), которая держится 4—5 дней, а иногда (в тяжелых случаях) — сыпь петехиальная. Свежие высыпания наблюдаются в течение всего лихорадочного периода.
* ***нарушение сознания***
* ***снижение слуха***
* ***рвота***

 **Результаты сестринского осмотра:**

* ***Язык*** – густо обложен налётом с отпечатками зубов по краям
* ***Живот*** – вздут
* ***Стул –*** задержан, в тяжёлых случаях – понос- жидкие выделения, напоминающие гороховый суп
* ***Сердце –*** тоны приглушены, АД снижено.
* ***Нервная система*** – кошмарные сны, галлюцинации.
* **Паратиф А.** По развитию и клиническому течению несколько отличается от клиники брюшного тифа. При паратифозной А инфекции заболевание, начавшись остро, нередко сопровождается гиперемией лица, инъекцией сосудов склер, легким конъюнктивитом, насморком, кашлем, герпесом на губах и крыльях носа, реже носовым кровотечением. Повышение температуры сопровождается ознобом, а снижение - потливостью. Тифозный статус выражен только при очень тяжелом течении заболевания. Розеолезная сыпь, появляется в более ранние сроки заболевания и отличается полиморфностью.
* **Паратиф В.** Характеризуется выраженными желудочно-кишечными нарушениями. Заболевание нередко начинается остро, с выраженного озноба, мышечных болей, потливости в сочетании с острыми желудочно-кишечными нарушениями (понос, боли в животе, рвота); нередко отмечаются катаральные явления верхних дыхательных путей - гиперемия зева, сухой кашель, осиплый голос.. Высыпание розеолезной сыпи наблюдается в ранние сроки (на 3-5-й день), она нередко бывает обильной и полиморфной.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Обеспечение строгого постельного режима и покоя в течение всего периода заболевания. Расширение режима проводят постепенно. Больному разрешается садиться на 9— 10-й день установления нормальной температуры и ходить с 14—15-го дня. Быстрое расширение режима, диеты может привести к кровотечению или перфорации кишечника и рецидиву заболевания.

2. Обеспечение тщательного ухода за кожей и слизистыми оболочками полости рта, так как у тяжелых больных нередко образуются пролежни и стоматит. Несколько раз в день проводится туалет полости рта: слизистые оболочки щек, зубы и язык протираются ватными тампонами, смоченными 2 % раствором борной кислоты или другим слабым антисептическим средством.

3.Контроль за кормлением больного теплой пищей 4—б раз в день небольшими порциями. Тяжелобольных кормит обязательно палатная сестра.

4.Проведение профилактики обезвоживания: чаще поить — за сутки вводится 1,5—2 л жидкости в виде чая, настоя шиповника, клюквенного морса.

5.Вызов врача при признаках инфекционно – токсического шока: резкий озноб, высокая лихорадка, психическое возбуждение, двигательное беспокойство больного, тенденция к повышению артериального давления, тахикардия, бледность кожных покровов.

6. Применение пузыря со льдом над областью живота и вызов врача при признаках кишечного кровотечения: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, снижение температуры, учащение пульса, головокружение, резкая слабость, падение кровяного давления. В кале у больного часто обнаруживается примесь темной крови, или появляется дегтеобразный стул.

7. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**14.Сестринский процесс при сальмонеллезах. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.**

**Сальмонеллез** *- это полиэтиологическая инфекционная болезнь, вызываемая различными серотипами бактерий рода Salmonella*

***Источники инфекции:***

*1.Животные и птицы, у которых серовары сальмонелл опасны для человека, но в 70% случаев вызывают только носительство.(* Salmonella enteritidis*)*

*2.Больной человек от 3 дней до 3-х недель(*Salmonella typhimurium*)*

*3. Бактерионоситель ( 1% взрослых и 5% детей старше 5 лет способны выделть сальмонеллы более года). (*Salmonella typhimurium*)*

**Механизм передачи** – фекально – оральный. Пути передачи: контактно-бытовой (основной при Salmonella typhimurium ), пищевой ( доминирующий при Salmonella enteritidis) Факторы передачи: вода, пища ( ведущее место занимают яйца птицы, мясо кур, помидоры , молоко), предметы обихода, мухи.

**Инкубационный период от 2-6 часов до 2-3 дней** (обычно 12-24 часа) Начинается остро, продромального периода нет. Период основных проявлений имеет несколько форм:

***1.Интестинальная форма*** (возбудитель на стенках кишечника)

* розеолёзная сыпь
* озноб
* головная боль
* мышечная боль
* боль в эпигастрии
* тошнота
* многократная рвота
* водянистый, зелёный, зловонный стул
* судороги
* обезвоживание

***2.Генерализованная форма*** ( возбудитель разносится с лимфой во все органы и ткани организма)

* тошнота
* рвота
* водянистый, зелёный, зловонный стул
* розеолёзная сыпь на 6-7 день
* гепатолиенальный синдром

 ***3.Септическая форма*** (возбудитель в крови)

* Формирование вторичных очагов различной локализации.

 Госпитализацию больных осуществляют только при тяжёлом или осложнённом течении, а также по эпидемиологическим показаниям. Постельный режим назначают при выраженных проявлениях токсикоза и дегидратации.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений, который продолжается обычно не более 3 дней.

2. Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта с ведением учёта выделяемой жидкости. (следует контролировать каждые 2-4 ч).

3.Обеспечение введения перорально глюкозо-солевых растворов типа «Цитроглюкосолан», «Глюкосолан», «Регидрон», «Оралит» внутрь дробным частым питьём (до 1- 1,5 л/час) в течение 2-3 ч, и дальнейших потерь жидкости в процессе лечения (следует контролировать каждые 2-4 ч).

4.Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) индометацина. по 50 мг 3-кратно в течение 12 ч.(по назначению врача фторхинолоны по 0,5 г 2 раза в сутки, левомицетин по 0,5 г 4-5 раз в сутки, доксициклин по 0,1 г/сут и др.).

4.Обеспечение соблюдения пациентом диеты в острый период заболевания соответствует столу №4 по Певзнеру, после прекращения диареи назначают стол №13.

5. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**Диспансерное наблюдение.**

 Выписку из стационара осуществляют после клинического выздоровления и однократного бактериологического исследования кала, проведённого через 2 дня после окончания лечения. Работников пищевой промышленности и лиц, к ним приравненных, подвергают при выписке после отрицательных результатов 2-кратному бактериологическому обследованию. Лиц, не выделяющих возбудитель, допускают к работе.

 При установлении бактерионосительства в течение 3 месяцев эти лица как хронические носители сальмонелл отстраняются от работы по специальности на срок не менее одного года. Дети - хронические носители сальмонелл не допускаются в детские ясли (дома ребёнка). Такие дети, посещающие детские сады и общеобразовательные школы, в том числе школы-интернаты, допускаются в коллективы, но им запрещается дежурство на пищеблоках.

**15. Сестринский процесс при ботулизме.**

**Ботулизм** *- это инфекционная болезнь, вызываемая бактерией Closridium botulinum.*

Возбудитель - подвижная палочка, растёт при условии отсутствия кислорода- анаэроб.Образует споры, которые устойчивы к химическим и физическим воздействиям. Споры ботулизма многие годы могут сохраняться в высушенном состоянии и при благоприятных условиях прорастают в вегетативные формы, образующие токсин. Известно 7 серотипов возбудителя: А,В,С, D, E, F, Q.

***Источники инфекции:***

*1. Теплокровные* животные, преимущественнотравоядные (коровы, козы, лошади и др.), реже – холоднокровные (рыбы, моллюски и ракообразные). В кишечнике животных возбудитель ботулизма накапливается и выделяется с испражнениями во внешнюю среду, чаще в почву, где превращается в споры, сохраняющиеся годами.

**Механизм передачи** – фекально – оральный. Путь передачи: пищевой. Человек заражается ботулизмом при употреблении в пищу продуктов содержащих экзотоксин и вегетативные формы возбудителя. Факторами заражения чаще всего являются мясные продукты домашнего приготовления (соления, консервы, копчености, особенно консервированные в домашних условиях грибы).

**Инкубационный период составляет в среднем**  18-24 часа, укорачиваясь до 2-6 часов и удлиняясь до 7 дней. Заболевание начинается остро, на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела. Выделяют три основных синдрома ботулизма:

***1.Интоксикационный синдром:***

* Общая слабость
* Головная боль
* субфебрильная температура

***2.Гастроинтеститальный синдром:***

* тошнота
* рвота
* боли в эпигастральной области
* вздутие живота

 ***3 .Паралитический синдром:***

* нарушение со стороны органов зрения: «туман», «сетка», «мелькание мушек перед глазами», двоение в глазах(диплопия), расширение зрачков (мидриаз), опущение век
* нарушение глотания (сухость слизистых оболочек полости рта и глотки)
* нарушение фонации : осиплость и охриплость голоса вплоть до полного исчезновения (афония)
* синдром общей мышечной слабости
* синдром дыхательных расстройств: ощущение сдавления, сжимания в груди, одышка, может развиться асфиксия с последующим летальным исходом.

.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений.

2. Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта.

3. В связи с возможностью остановки дыхания вести постоянный контроль за частотой дыхания (каждые 2 часа).

4. Измерение АД (каждые 2 часа) в связи с возможностью остановки сердца.

5. Осуществление контроля за частотой и количеством мочеотделения, так как паралич мочевого пузыря вызывает задержку выделения мочи.

6. Обеспечение соблюдения пациентом диеты в острый период заболевания соответствует столу №4 по Певзнеру.

7. Своевременное извлечение пищевого зонда (в случае нарушения глотания) и качественная его дезинфекция (профилактика пролежней и ВБИ).

8. Орошение слизистой глаз 30% сульфацил-натрием (профилактика высыхания слизистой глаз).

9. Обеспечение чистоты и достаточной влажности полости рта (обработка 2% раствором борной кислоты или раствором фурацилина 1:5000).

10.Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**16.Сестринский процесс при дизентерии.**

**Дизентерия - *общее инфекционное заболевание, вызываемое дизентерийными бактериями и протекающее с преимущественным поражением слизистой оболочки толстого кишечника.***

**Возбудители дизентерии** - бактерии из семейства кишечных шигелл - **Shigella dysenteriae, Shigella flexneri, Shigella boydii и Shigella sonnei.** Shigellaе относятся к грам-отрицательным факультативным анаэробам, которые инфицируют только людей. Они длительно сохраняются в пищевых продуктах (молоке, масле, сыре, овощах), некоторое время выживают в почве, загрязненной испражнениями больных, в выгребных ямах и загрязненных открытых водоемах. Здоровый человек заражается от больного дизентерией или бактерионосителя.

**Механизм передачи инфекции -** фекально – оральный.

 **Пути передачи возбудителей** - бытовой, пищевой и водный.

***Инкубационный период*** от 2 до 7 дней (в среднем - 3 дня, в тяжелых случаях - до нескольких часов).

***Клинические проявления:*** слабость, недомогание, познабливание, головная боль, может повышаться температура, отмечаются тошнота, иногда рвота, схваткообразные боли в животе. Стул учащается (до 10-25 и более раз в сутки), испражнения имеют сначала каловый характер, потом становятся жидкими, скудными, в них появляются слизь и кровь. Возникают частые болезненные позывы, не сопровождающиеся дефекацией (тенезмы). Испражнения в данном случае называют «ректальный плевок»

***Осложнения.*** Различают осложнения, обусловленные язвенными изменениями толстой кишки и внекишечные.

**"Кишечные"** осложнения:

· внутрикишечное кровотечение;

· перфорация (микроперфорация) язвы с развитием парапроктита;

· флегмона кишки;

· перитонит;

· рубцовые стенозы толстой кишки.

**Внекишечные осложнения:**

· бронхопневмония;

· пиелит и пиелонефрит;

· пилефлебитические абсцессы печени;

· гангрена стенки кишки (при присоединении анаэробной инфекции);

· хронический артрит у лиц, инфицированных Shigella flexneri.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений, который продолжается обычно не более 3 дней.

2. Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта с ведением учёта выделяемой жидкости. (следует контролировать каждые 2-4 ч).

3. Обеспечение соблюдения пациентом диеты в острый период заболевания соответствует столу №4 по Певзнеру, с улучшением состояния, уменьшением дисфункции кишечника и появлением аппетита больных переводят на стол №2, а за 2—3 дня перед выпиской из стационара — на общий стол №15.

 4.Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) препаратов: нитрофураны (фуразолидон, фурадонин по 0,1 г 4 раза в день, эрсефурил (нифуроксазид) 0,2 г 4 раза в сутки), котримоксазол по 2 таблетки 2 раза в день, оксихинолины (нитроксолин по 0,1 г 4 раза в день, ин-тетрикс по 1-2 таблетки 3 раза в день).

5.Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) энтеросорбентов — полифепан по 1 столовой ложке 3 раза в день, активированный уголь по 15-20 г 3 раза в день, энтеродез по 5 г 3 раза в день, полисорб МП по 3 г 3 раза в день, смекта по 1 пакетику 3 раза в день или др.

6. Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) дротаверина гидрохлорида (но-шпа) по 0,04 г 3 раза в сутки, препаратов красавки (белластезин, бесалол, беллалгин) 3 раза в день, папаверина гидрохлорида по 0,02 г 3 раза в день.( для купирования спазма толстой кишки)

 7. Профилактика обезвоживания введение жидкости, лучше всего в виде питья. При отказе ребёнка от питья или рвоте у детей жидкость вводится в клизмах.

8. При частом стуле и тенезмах у детей до 3-х лет ни в коем случае не сажать ребенка на горшок, так как при этом происходит выпадение прямой кишки. Для уменьшения тенезмов нужно делать теплые ванны или применять лекарственные свечи.

9.Контроль за состоянием кожи и предупреждение развития опрелостей.

10. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**Хроническая дизентерия**

 Возникает в 2 - 3 % случаев и протекат в двух формах: рецидивирующей и непрерывной. Считают, что острая дизентерия, подобно другим острым инфекционным заболеваниям, продолжается не более 3-х месяцев, хроническая дизентерия - не более 2-х лет, после этого срока заболевание уже расценивается как постдизентерийный колит.

**Для выписки из стационара** выздоровевшего от дизентерии реконвалесцента необходимо наличие в течение 3-х дней нормального стула и отрицательного бактериологическогоо исследования испражнений на возбудитйлей рекснвалесцетов из декретированных групп.

**17. Холера: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.**

*Холе́ра (греч. cholera, от cholē желчь + rheō течь, истекать) острая инфекционная болезнь, характеризующаяся поражением желудочно-кишечного тракта, нарушением водно-солевого обмена и обезвоживанием организма; относится к карантинным инфекциям.*

**Возбудитель -** холерный вибрион **-** небольшая грамотрицательная палочка в форме запятой. ***Источником инфекции*** *является только человек — больной или носитель холерных вибрионов.*

Во внешнюю среду холерный вибрион выделяется 4 категориями лиц, эпидемиологическое значение которых различно:

1 - *больными с выраженной формой* холеры в остром периоде заболевания;

2 - *лицами, находящимися в периоде выздоровления* после перенесенной холеры, т.е. реконвалесцентами;

3 - *лицами со стертыми формами* холеры;

4 - *здоровыми вибрионовыделителями*, т.е. заразившимися, но незаболевшими холерой лицами. На каждого больного холерой приходится от 10 до 100 здоровых выделителей вибрионов.

**Механизм передачи** - фекально-оральный.

**Пути передачи:**

* водный — при употреблении загрязненной воды для питья, мытья посуды, овощей, фруктов, при купании и т.п.,
* пищевой - через загрязненную пищу
* контактно - бытовой

**Патогенез и патологическая анатомия**. Холерные вибрионы, попавшие в организм человека с водой или пищей, размножаются в тонкой кишке, выделяя экзотоксин, который вызывает поражение в первую очередь энтероцитов. При этом происходят значительная секреция воды и электролитов (натрия, калия, хлора, бикарбонатов) в просвет кишечника, потеря их с испражнениями и рвотными массами, что ведет к изотоническому обезвоживанию.

**Клиническая картина.** Инкубационный период — от 1 до 5 дней, чаще 1—2 дня. Болезнь обычно начинается остро, в ряде случаев могут быть продромальные явления в виде недомогания, слабости, иногда повышения температуры до 37—38°. Основные проявления:

* понос водянистый, мутновато-белый, напоминает рисовый отвар, без калового запаха.
* рвота появляется внезапно вслед за поносом без предшествующей тошноты, по виду рвотные массы также похожи на рисовый отвар
* понос и рвота не сопровождаются болью в животе
* нарастающая слабость,
* сухость во рту,
* боли и судорожные подергивания в мышцах, особенно икроножных.

Тяжесть течения болезни определяется степенью обезвоживания организма:

***I степень*** *потеря жидкости не превышает 3% массы тела; испражнения часто остаются кашицеобразными, рвоты может не быть, признаки обезвоживания и нарушения гемодинамики отсутствуют или слабо выражены.*

***II степень*** *потеря жидкости составляет 4—6% массы тела; появляются понос с водянистыми испражнениями и рвота. Кожа и слизистые оболочки сухие, голос ослаблен, часто снижен тургор кожи на кистях рук; отмечаются тахикардия, умеренная артериальная гипотензия, олигурия.*

***III степень*** *потеря жидкости составляет 7—9% массы тела, понос и рвота многократные. Наблюдаются жажда, судороги, адинамия, охриплость голоса, черты лица заострены, глаза запавшие, тургор кожи снижен преимущественно на конечностях, температура тела понижена; отмечаются тахикардия, выраженная артериальная гипотензия, олигурия или анурия.*

***IV степень*** *потеря жидкости максимальная — 10% и более массы тела (декомпенсироваиное обезвоживание). Наблюдается афония, тургор кожи резко снижен, она холодная, липкая на ощупь, синюшная; характерны тонические судороги, снижение темпера туры тела до 35—34° (отсюда прежнее название болезни — алгид — холодный); развиваются шок, анурия.*

**Диагноз** основывается на:

* клинической картине
* данных эпидемиологического анамнеза (пребывание в течение предшествовавших болезни 5 сут. в местностях, не благополучных по холере; контакт с больными; употребление необеззараженной воды).
* Биологический посев рвотных масс или фекалий на куриные эмбрионы.

***Осложнения.*** При холере возможно развитие некротического нефроза, а также быстропрогрессирующего гломерулонефрита, сопровождающегося уремией. Кроме того, у больных холерой возникают пневмония, абсцессы, флегмона, рожа, сепсис. Смерть больных холерой обычно наступает от обезвоживания, комы, интоксикации. Возможна смерть и от осложнений холеры, среди которых наиболее частым является уремия. При массивном введении в организм жидкости хлорида натрия, бикарбоната смертность уменьшилась с 50% до 1%.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений, который продолжается обычно не более 3 дней.

2. Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта пациента на «холерной» кровати с ведением учёта выделяемой и вводимой жидкости с ведением дневника каждые 2 часа.

3.Обеспечение введения жидкости перорально или через назогастральный зонд следующего состава: хлорида натрия — 3,5 г, гидрокарбоната натрия — 2,5 г, хлорида калия — 1,5 и глюкозы — 20 г на 1 л питьевой воды. В течение часа больной должен выпивать 1—1,5 л жидкости. Рекомендуется заранее заготавливать указанные соли и глюкозу в виде навесок и растворять их в воде при температуре 40—42 "С непосредственно перед использованием.

4.. Больным с резко выраженным обезвоживанием внутривенные вливания растворов хлосоль, квартосоль или трисоль начинать струйно (первые 2 л) со скоростью 100—200 мл в минуту, затем скорость введения раствора постепенно уменьшать. Перед вливанием растворы необходимо подогревать до 38—40 °С.

 5.Согревание тела и конечностей грелками, так как у пациента склонность к алгидному состоянию.

6. Обеспечение контроля после прекращения рвоты приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) тетрациклина по 0,3—0,5 г или левомицетина по 0,5 г через каждые 6 ч в течение 5 дней.

7.Обеспечить в периоде реконвалесценции примём пациентом продуктов, содержащих соли калия (курага, томаты, картофель).для нормализации деятельности сердца и укрепления стенок сосудов.

8. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

***18.Гепатит А: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами. Профилактика.***

***Вирусный гепатит «А»*** *(или болезнь Боткина)- острое инфекционное заболевание, которое вызывается вирусом. Для него характерно преимущественное поражение печени, клинически оно проявляется интоксикацией и желтушностью (желтое окрашивание кожи и слизистых покровов).*

***Возбудитель*** *- вирус гепатита А. Вирус обладает исключительной устойчивостью во внешней среде. При низких температурах может сохраняться в течение нескольких лет, при комнатной температуре в течение нескольких недель и только при кипячении в течение 5 минут погибает. Вирус гепатита А характеризуется чрезвычайно высокой заразительностью для человека. Для возникновения болезни теоретически достаточно всего одной вирусной частицы.*

***Источником*** *нфекции при этом заболевании является человек, выделяющий вирус с фекалиями и мочой в окружающую среду.*

***Инкубационный период*** от 7 до 50 дней.

**Первые признаки** заболевания - это снижение аппетита, быстрая утомляемость. Иногда заболевание начинается в виде острой респираторной инфекции.

**Период основных проявлений:** боли в животе, тошнота, иногда рвота, тяжесть в подложечной области, правом подреберье, отрыжка, реже становится мочеиспускание. Моча приобретает темный цвет, а испражнения зачастую обесцвечиваются. Возникает желтушность сначала слизистой глаз, а позднее лица, туловища, рук и ног.

 **Однако вирусный гепатит может протекать и в безжелтушной форме.** Такие больные – самые опасные, поскольку они долгое время остаются не выявленными и распространяют инфекцию. Характерный симптом безжелтушного периода - снижение аппетита, доходящее до полного отвращения к пище (чаще днем и вечером), повышается (до тошноты) чувствительность к табачному дыму, а также к другим запахам.

***Механизм передачи*** *– фекально - оральный.*

***Пути передачи:*** *водный, пищевой и контактно-бытовой. Последний особенно распространен среди детей. Это объясняется тем, что дети часто берут что-нибудь в рот (пальцы, игрушки).*

**Госпитализация обязательна**. Для полного выздоровления больному требуется до 12 месяцев.

Современная система мероприятий по предупреждению заболеваемости ВГА организована в большинстве развитых стран мира (в т.ч. в РБ), основывается преимущественно на современной вакцинопрофилактике.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Снизить активность пациента до уровня, который будет отвечать уровню его энергии. Обеспечить комфортность постельного режима.

2.Контроль за соблюдением пациентом диеты №5.Если у пациента отсутствует аппетит, то следует заменить три объемных приема пищи маленькими, но частыми.

3.Поскольку в большинстве случаев тошнота и потеря аппетита не беспокоят до вечера, следует давать большую порцию утром и меньшую поздно вечером.

4. Обеспечить употребление достаточного количества жидкости (не менее 2-х литров в день), чтобы избежать обезвоживания.

5. Контролировать зуд кожи. Применять бенадрил или хлор-трименол.

6. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**Профилактика.** В настоящее время в г. Минске применяется стратегия вакцинопрофилактики ВГА вакциной «Хаврикс»:

* вакцинация контактных лиц в очагах ВГА(с 2004г).
* вакцинация отдельных контингентов риска: детей от 6 до 14 лет, проживающих в общежитиях (с 2005года), специалистов эпидемически значимых объектов: молокоперерабатывающих предприятий, водоканала и т.д.( с 2005г), больных хроническими парентеральными вирусными гепатитами (В и /или С) и носителей ( с 2009г.).
* Длительность защиты - около 20 лет.

**Диспансеризация:** при ВГА диспансерное наблюдение за переболевшим проводится не позже 1 мес после выписки лечащих врачом стационара; при отсутствии каких-либо клинических и биохимических отклонений реконвалесцент снимается с учета, при наличии остаточных явлений - через 3 мес ставятся на учет в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники (КИЗ), где проходят повторное обследование.

**19.Вирусные гепатиты В,С,Д.**

 **Вирусный гепатит*— это вирусная болезнь, характеризующаяся симптомами общей интоксикации, увеличением печени и селезенки, часто протекающее с желтухой. Название «вирусный гепатит» объединяет несколько разновидности его: инфекционный гепатит А, гепатит Е; сывороточный гепатит В, гепатит Д и С.***

 **Источник инфекции** — больной человек и вирусоноситель. Наибольшая заразность больного — в течение преджелтушного и в первые дни желтушного периода.

 **Клинически вирусный гепатит** характеризуется постепенным началом в виде нарастающей слабости, потери аппетита, чувства тяжести в области эпигастрия, нерезкого подъема температуры. У части больных отмечаются боли в суставах, катаральные явления; увеличивается в размерах печень и нередко — селезенка. Затем моча приобретает темную окраску, светлеет кал и появляется желтушность склер и кожи. Вирусный гепатит может также протекать в виде стёртого и безжелтушного вариантов*.*

**Гепатит В**

**Механизм передачи** *–* гемоконтактный.Гепатит В принадлежит к заболеваниям, передаваемым различными путями. Наиболее распространенные – половой контакт и контакт с кровью инфицированного гепатитом В.

**Инкубационный период гепатита В** длится 45-180 дней, в среднем - 120 дней.

**Желтуха** при гепатите проявляется в виде желтизны белков глаз, желтизной кожных покровов, потемнением мочи (до цвета относительно темного пива) и обесцвечиванием (до белого цвета) кала. Как правило, первыми желтуху обнаруживают знакомые пациента по изменению цвета белков глаз с белого на лимонно-желтый. В некоторых случаях желтуха начинается с потемнения мочи и обесцвечивания кала.

**В трети случаев гепатит В протекает как гриппоподобное заболевание**, сопровождающееся потерей аппетита и слабостью, не регистрируется как гепатит В и обнаруживается спустя некоторое время, при анализе на "австралийский антиген

**Гепатит Д.**

Возбудитель гепатита D (Дельта гепатита по своим свойствам наиболее близок к вирусам растений. Вирус гепатита D не может участвовать в развитии гепатитной инфекции без одновременной репликации вируса гепатита В.ВГД не имеет своей оболочки и использует в качестве неё HBsAg.

**Механизм передачи** *–* гемоконтактный **Быстрый острый некроз клеток печени, особенно в сочетании с вирусом гепатита В.**

**Инкубационный период 2-6 месяцев.**

**Продромальный 4-5 дней.**

**Клиника.Признаки: недомогание, слабость, лихорадка. Желтуха интенсивная и продолжительная. В сыворотке крови обнаруживается HВsAg. В 25% случаев смерть при молниеносном течении в первые дни желтухи.**

**Гепатит С.**

После того, как в 70-х годах ХХ века были выделены возбудители гепатитов А и В, стало очевидным существование еще нескольких вирусных гепатитов, которые стали называть гепатитами ни А, ни В. В 1989 г. удалось идентифицировать возбудитель гепатита ни А, ни В с парентеральным (через кровь) механизмом передачи. Его назвали вирусом гепатита С (ВГС)

 **Для гепатита С характерны:**

* Диспепсические явления;
* Желтуха (бывает не во всех случаях);
* Умеренное увеличение и уплотнение печени и селезенки;
* Нарушение функций печени, определяемые лабораторными методами

Больных беспокоят чувство тяжести или тупые боли в области правого подреберья, снижение аппетита, горечь во рту, тошнота, отрыжка, слабость, похудание, лихорадка, кожный зуд. Нередки кровотечения из носа. При пальпации поверхность печени гладкая, край умеренно плотный, слегка болезненный. Течение доброкачественного гепатита может бить очень длительным – до 20 лет. Обострения возникают очень редко и только под воздействием сильных провоцирующих факторов. Развитие цирроза наблюдается редко. Частые рецидивы приводят к быстрому развитию цирроза*.*

**Особенности сестринского ухода.**

1.Снизить активность пациента до уровня, который будет отвечать уровню его энергии. Обеспечить комфортность постельного режима.

2.Контролировать соблюдение пациентом диеты №5.Если у пациента отсутствует аппетит, то следует заменить три объемных приема пищи маленькими, но частыми.

3.Обеспечить употребление достаточного количества жидкости (не менее 2-х литров в день), чтобы избежать обезвоживания.

4. Контролировать зуд кожи. Применять бенадрил или хлор-трименол.

5.Измерять АД каждые 4 часа больным, получающим по тяжести состояния гормональную терапию: у этих больных может повышаться артериальное давление, развиться желудочно-кишечное кровотечение за счет изъязвлений слизистой оболочки пищеварительного тракта.

6. Не использовать постоянно одну и ту же вену для венепункций , так как у пациентов часто выражен геморрагический синдром вследствие снижения свертываемости крови и повышения ломкости кровеносных сосудов.

7.Знать признаки прекоматозного состояния: упорная рвота, расстройство сна (бессонница ночью и сонливость днем), странности в поведении, тахикардия, уменьшение печени в размерах, геморрагический синдром (носовые и другие кровотечения, петехиальная сыпь на коже), замедление мышления (замедление ответа на простые вопросы). Обнаружив какие-либо из указанных симптомов, медицинская сестра должна срочно вызвать врача для решения вопроса о переводе больного в палату интенсивной терапии.

8.Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**Критерии выписки:** клиническое выздоровление и восстановление функциональных проб печени. Допустимы остаточные явления:

а) умеренное повышение активности АлАТ (в 2-3 раза выше верхней границы нормы), тимоловой пробы при нормальных размерах печени и нормализации содержания билирубина в сыворотке крови

б) некоторое увеличение размеров печени (на 1-2 см) при полном восстановлении функциональных проб

в) наличие повышенной утомляемости, незначительной иктеричности склер при нормализации размеров печени и восстановлении ее функции

Первый осмотр после выписки из стационара проводится врачом того же стационара не позже, чем через 1 мес. Переболевшие, у которых выявлены какие-либо отклонения в период выздоровления, продолжают наблюдаться лечащим врачом стационара. Остальные реконвалесценты наблюдаются в КИЗе через 3, 6, 9, 12 месяцев после выписки.

**20. Сестринский процесс при иерсиниозной инфекции: кишечном иерсиниозе, псевдотуберкулезе.**

***Иерсиниозы*** – группа сапрозоонозных заболеваний человека, характеризующихся полиморфизмом клинических проявлений и склонных к затяжному и хроническому течению.

**Возбудитель иерсиниоза** *(Yersinia enterocolitica) — полиморфные, чаще овоидные палочки.*

**Источник:** сельскохозяйственные животные, реже - грызуны. Больной человек как источник инфекции имеет несравненно меньшее значение. При псевдотуберкулезе основными источниками инфекции являются грызуны. Человек, как правило, источником псевдотуберкулеза не является. Ведущая роль как фактора передачи принадлежит овощам, употребляемым без термической обработки, и иногда фруктам (яблоки) длительно хранившимся в складах или буртах

**Мезанизм передачи** – фекально – оральный.

**Инкубационный период** от 15 ч до 4 сут (чаще 1-2 дня).

**Клиника.** В некоторых случаях увеличивается печень, реже – селезенка*.*

***на 3-7-й день***появляется сыпь, нередко полиморфная, нарастают интоксикация и симптомы поражения отдельных органов и систем (артрит, гепатит, реже - менингиты, поражение глаз) или генерализованная инфекция, что и определяет форму болезни. У маленьких детей часто с самого начала развивается генерализованная инфекция или сепсис. В более поздние периоды, совпадающие со 2-3-м рецидивом, отмечаются аллергическая сыпь, эритемы, артриты поражение почек, глаз.

***на 4-й неделе и позже*** *может быть второй рецидив с выраженными аллергическими проявлениями (эритемы, аллергические сыпи). В зависимости от преобладания тех или иных симптомов различают несколько форм клинического течения инфекций: септическую, гастроинтестинальную, экзантемную, желтушную, скарлатиноподобную.*

**Септическая форма.** Это крайне тяжелая форма заболевания, которая начинается обычно в виде энтерита или энтероколита, затем температура повышается до 39-40ºС, сопровождается повторяющимися ознобами, головной болью. Появляется сыпь, которая распространяется по всему телу, часто включая ладони и ступни, у многих больных наблюдается кожный зуд. Элементы сыпи склонны к слиянию и могут образовывать сплошную эритему (покраснение), особенно в области суставов рук и ног.

**Гастроинтестинальная форма.** Заболевание начинается остро с повышения температуры, появления болей в животе, диареи, нередко с примесью крови и слизи. При пальпации живота у 1/3 больных выявляют болезненность и урчание в илеоцекальной области. Поражение подвздошной и слепой кишки встречается в 55-75% случаев). Могут развиваться осложнения: кишечные кровотечения, изъязвления слизистой оболочки, некроз и перфорация тонкой или толстой кишки, перитонит явления кишечной непроходимости, которые впоследствии могут стать причиной смерти больного.

 **Экзантемная форма.** на коже ладоней и подошв и боковых поверхностях туловища. розеолезная сыпь размером до 1 см в диаметре, четко определяются геморрагические вкрапления (петехии).

**Желтушная форма.** развивается либо одновременно с гастроэнтероколитической, либо спустя 2-3 дня после дисфункции кишечника. При этой форме на первый план выступают симптомы поражения печени, развивается токсический гепатит. Жалобы на тяжесть и боли в правом подреберье, иногда зуд кожи. Появляется желтушность кожи и склер. Печень увеличена, болезненна при пальпации. Отмечается потемнение мочи, обесцвечивается кал.

 **Скарлатиноподобная форма** Сыпь — розеолёзная, обильная (сгущается возле крупных суставов), мелкоточечная. Появляется на 1-6 день и «держится» не более недели. Проходит бесследно, кожа начинает шелушиться. Шелушение там, где сыпи нет (ладонные и стопные поверхности), после предшествующей гиперемии. Гиперемия зева. Малиновый язык ( ярко красный и гипертрофия сосочков). От гипертрофии боковых сосочков даже край кажется фестончатым.

**Диагностика**.Выделение возбудителя возможно из фекалий, крови, желчи, мочи, ликвора больных, кроме того, может быть осуществлен бакпосев смывов со слизистой зева, мокроты, с объектов окружающей среды

**Особенности сестринского ухода:**

1.Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений.

2. Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта с ведением учёта выделяемой жидкости. (следует контролировать каждые 2-4 ч).

3. Обеспечение соблюдения пациентом диеты в острый период заболевания соответствует столу №4 по Певзнеру.

 4.Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) препаратов: левомицетин (по 0,5 г 3-4 раза в день), тетрациклины (0,3-0,4 г 4 раза в день)

 5.Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) энтеросорбентов — полифепан по 1 столовой ложке 3 раза в день, активированный уголь по 15-20 г 3 раза в день, энтеродез по 5 г 3 раза в день, полисорб МП по 3 г 3 раза в день, смекта по 1 пакетику 3 раза в день или др.

6. Профилактика обезвоживания введение жидкости, лучше всего в виде питья сладкого чая, фруктовых соков, отвара шиповника.

7. Контролировать зуд кожи. Применять бенадрил или хлор-трименол.

8. Согревать суставы сухим теплом при жалобах на боли.

9. Проводить туалет полости рта после еды: слизистые оболочки щек, зубы и язык протирать ватными тампонами, смоченными 2 % раствором борной кислоты или другим слабым антисептическим средством.

10. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

 **21.Ротавирусные гастроэнтериты: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Профилактика.**

***Ротавирусная инфекция*** *(син. Ротавирусный гастроэнтерит, желудочный грипп, кишечный грипп) – одна из форм острой кишечной инфекции, возбудителем которой является Ротавирус человека из рода Rotavirus.*

***Ротавирусы*** (от лат. rota – колесо) представляют собой вирусные частицы, по виду напоминающие колесо с широкой ступицей, короткими спицами и четко очерченным ободом.

***Источником инфекции ротавируса*** *служит больной человек или здоровый вирусоноситель.* Вирус размножается в клетках слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и выделяется с калом. Выделение ротавируса начинается с первых дней болезни, одновременно с появлением первых симптомов болезни**.**

**Основной механизм передачи ротавирусной инфекции – фекально – оральный.**

**Путь передачи – пищевой**. В детских коллективах ротавирусная инфекция может вызывать вспышки острой диареи (поноса). Ротавирус поражает слизистую желудка и тонкого кишечника с возникновением гастроэнтерита (гастро - желудок, энтеро - тонкий кишечник). Поражение слизистой пищеварительного тракта нарушает переваривание пищи и приводит к развитию сильной диареи и обезвоживанию организма.

***Инкубационный период болезни*** *длится от 1 до 5 дней.*

 ***Болезнь начинается остро:***

* *боли в животе (острые, схваткообразные),*
* *рвота (до 3-4 раз в сутки),*
* *недомогание,*
* *повышение температуры (до 38 С).*
* *понос (диарея) обильный желтоватого цвета с резким неприятным, кислым запахом.*
* *покраснение конъюнктивы глаз*
* *гиперемия слизистой оболочки зева и небных дужек (воспаленное горло)*

Основная опасность ротавирусной инфекции связана с обезвоживанием организма из-за сильного поноса. Течение ротавирусной инфекции обычно доброкачественное. Болезнь заканчивается через 4-7 дней полным выздоровлением. После перенесенного «желудочного гриппа» остается стойкий иммунитет, поэтому повторное заболевание этой инфекцией наблюдается редко.

**Особенности сестринского ухода:**

1. Ротавирус погибает при температуре тела 38 градусов, поэтому ниже данного уровня температуру сбивать не следует.

2. При влажных обтираниях обтирать нужно все тело целиком, не допуская перепада температуры между участками тела, после обтирания одевать на ноги тёплые носки.( применять местное охлаждение не рекомендуется, потому как могут образоваться места выживания и размножения ротавирусов).

3. Обеспечение контроля за своевременным приёмом пациентом в присутствии медсестры **энтерофурила** *с обязательным запиванием не менее 0,5 стакана кипячёной воды.*

4.При болях в животе с подтвержденным диагнозом «ротавирусная инфекция» можно давать но-шпу: 1 мл раствора но-шпы из ампулы в чайную ложку, запивать чаем.

5. Взять на контроль исключение из рациона молока и молочных, даже кисло-молочных продуктов, в том числе кефира и творога - это отличная среда для роста ротавирусов..

6.Соблюдение комфорта постельного режима на весь период лихорадки и 1-2 дня после нормализации температуры: своевременная смена постельного и нательного белья, тщательное расправление постельных складок и комков.

7.Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**Профилактика ротавирусной инфекции**

Профилактика ротавирусной инфекции заключается в соблюдении мер личной гигиены и изолировании больного во время болезни.

В качестве эффективного средства против ротавирусной инфекции ВОЗ рекомендует проведение профилактической вакцинации. Для специфической профилактики ротавирусной инфекции на настоящий момент существует две вакцины, прошедшие клинические испытания. Обе принимаются орально и содержат ослабленный живой вирус. Ротавирусные вакцины в настоящее время доступны только в Европе и США.

**22.Лептоспироз: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.**

***Лептоспироз*** - зоонозное заболевание, вызываемое многочисленными представителями возбудителей, рода лептоспира.

***Лептоспира*** занимает промежуточное место между бактериями и простейшими. Под микроскопом она выглядит как серебристая ниточка, один или оба конца которой заканчиваются крючком. Лептоспира быстро погибает при воздействии обычных дезинфицирующих средств, не переносит высушивания. Хорошо переносят низкие температуры (при температуре -15 градусов может сохраняться месяцами, то есть может перезимовать в открытых водоемах - в холодной воде сохраняется 4 месяца).

 ***Основным источником лептоспирозов*** *являются грызуны.**Грызуны выделяют возбудителя с мочой в окружающую среду: почву, инфицируя растения, что приводит к формированию природных очагов, но сформированных дикими животными, которые поедают растения, пьют инфицированную воду. В природе постоянно поддерживается циркуляция лептоспироз.*

***Роль человека*** *как источника не доказана..* ***Наибольшую опасность представляют свиньи****, которые бывают поголовно инфицированы. Чрезвычайно опасны собаки как резервуар лептоспир и источник инфекции.*

В организм лептоспира проникает через поврежденную кожу, через слизистые оболочки рта, носа, глаз, через ЖКТ. На месте входных ворот не отмечается никаких изменений. Лептоспира проникает в кровь, и с током крови заносится во все органы и ткани. Накопившись до патогенных количеств, лептоспира опять выбрасывается в кровь, что сопровождается повышением температуры. Возникает лихорадка, которая длится 5-7 дней.

***Инкубационный период*** *5-13 дней Лихорадочный период 6-7 дней, желтушный период 1-2 недели, рецидив болезни на 2-5 недели. Выздоровление через месяцы.*

**Начало лептоспироза** острое - лихорадка, с ознобом, интоксикацией, нарушением сна.

**В первые дни болезни** характерным является наличие конъюктивита, тошноты, рвоты (диспепсических расстройств), появление мышечных болей. Лихорадка всегда носит реммитирующий характер, особенно в первой фазе.

**После снижения температуры**, у больных, как правило, появляется желтуха, которая усиливается появлением новой лихорадочной волны.

**С появлением желтухи** появляется геморрагический синдром разной степени выраженности, и вовлекаются в процесс почки (нарастают явления ОПН). Геморрагический синдром: носовые, желудочно-кишечные кровотечения, кровоизлияния в сетчатку (пятна Рота)

**Рецидивы болезни** наблюдаются у 30% больных. Иногда при лептоспирозе отмечается появление розеолезной, папулезной, и даже эритематозной сыпи в третий период болезни.

***Ставят диагноз*** *- лептоспироз, средней тяжести. Все остальное, что перечисляется это осложнения:*

* серозный менингит,
* гнойный менингит (40% случаев)
* поражение глаз - иридоциклит
* уремия (ОПН)
* пневмонии
* анемии
* геморрагический синдром
* инфекционно-токсический шок
* гепатит

*Диагностика основана на данных эпиданамнеза (дома есть собака, купался в закрытых водоемах).*

***Бактериоскопический метод*** *- материалом является кровь, цереброспинальная жидкость, моча. Как правило, микроскопию проводят в темной поле. Кровь берут для бактериоскопии не позднее 1-7 дня заболевания.*

***Бактериологический метод****: лептоспиры растут плохо, но существует среда Тельских, на которую сеют весь материал. Лептоспиры растут до месяца.*

***Серологическая диагностика*** *- использовалась ранее реакция агглютинации и лизиса лептоспир. Диагностический титр 1/100. Важно нарастание титра. Используют РСК.*

**Особенности сестринского ухода:**

1.Соблюдение комфорта постельного режима на весь период лихорадки и 1-2 дня после нормализации температуры: своевременная смена постельного и нательного белья, тщательное расправление постельных складок и комков.

2.Организация ежедневного обтирания кожи тёплой кипячёной водой с добавлением уксуса или пищевой соды для поддержания гигиенической чистоты и удаления пота.

3.Обработка проблемных мест салициловым или камфорным спиртом с целью профилактики пролежней.

4.Контроль за соблюдением ограничения в рационе (назначаются врачом в соответствии с имеющими место функциональными нарушениями работы печени и почек.)

5.Обеспечение контроля за своевременным приёмом пациентом в присутствии медсестры *доксициклина с обязательным запиванием не менее 0,5 стакана кипячёной воды.*

6.Контроль за мочеиспусканием, измерение количества мочи у больного, так как при этом заболевании нередко наблюдается олигоурия и анурия.

7.Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**Диспансеризация.** Переболевшие лептоспирозом в течение 6 мес находятся под медицинским наблюдением с повторными исследованиями крови и мочи 1 раз в 2 месяца.

**ПРОФИЛАКТИКА.** Есть вакцина убитая, лептоспирозная. Вакцинацию проводят дважды, подкожно с интервалом в 7 дней, ревакцинация. В ветеринарной практике используют вакцинацию животных.

**23.Сестринский процесс при инфекционных заболеваниях передающихся аэрозольным механизмом. Грипп.**

***Грипп***— острое [инфекционное заболевание](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F) дыхательных путей, вызываемое вирусом гриппа. Входит в группу острых инфекций верхних дыхательных путей (ОИВДП). Периодически распространяется в виде [эпидемий](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F) и [пандемий](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F). В настоящее время выявлено более 2000 вариантов вируса гриппа.

***Возбудитель.***

Вирус гриппа относится к семейству [ортомиксовирусов](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9E%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D0%BA%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81&action=edit&redlink=1) ([лат.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) *Orthomyxoviridae*) и включает три [серовара](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%80) А, В, С. Эпидемии гриппа, вызванные серотипом А, возникают примерно каждые 2—3 года, а вызванные серотипом В — каждые 4—6 лет. Серотип С не вызывает эпидемий, только единичные вспышки у детей и ослабленных людей. Вирус гриппа имеет сферическую форму диаметром 80—120 нм, в центре находятся [РНК](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%9D%D0%9A)-фрагменты, заключённые в [липопротеидную](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%B8%D0%B4) оболочку, на поверхности которой имеются «шипы» состоящие из гемагглютинина (H) и из нейраминидазы (N).

**Источником инфекции** является больной человек с явной или стёртой формой болезни

**Механизм передачи** – аэрозольный.

**Пути передачи** – воздушный, воздушно-капельный, капельный, пылевой. Самый распространенный путь передачи инфекции — воздушно-капельный.

[**Инкубационный период**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%BA%D1%83%D0%B1%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BE%D0%B4)может колебаться от нескольких часов до 3-х дней, обычно 1-2 дня.

 **Продромальный период -** нет.

**Период основных проявлений :**

* резкий подъёма температуры тела (до 38 °C — 40 °C),
* озноб
* боли в мышцах,
* головная боль в области лба и висков
* чувство усталости.
* выделений из носа нет
* выраженное чувство сухости в носу и глотке
* сухой, напряжённый кашель, сопровождающийся болью за грудиной.

При гладком течении эти симптомы сохраняются 3-5 дней, и больной выздоравливает, но несколько дней сохраняется чувство выраженной усталости, особенно у пожилых больных. **При тяжёлых формах гриппа развивается:**

* сосудистый [коллапс](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B0%D0%BF%D1%81_%28%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%29),
* [отёк мозга](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D1%91%D0%BA_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3%D0%B0),
* [геморрагический синдром](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC&action=edit&redlink=1),
* присоединяются вторичные бактериальные осложнения.

Объективное исследование: гиперемия и [отёк](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D1%91%D0%BA) слизистой [зева](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%97%D0%B5%D0%B2&action=edit&redlink=1), бледность кожи, инъецированные склеры.

**Диагностика.**

1.В межэпидемическое время, когда преобладают атипичные формы гриппа, клинически его трудно отдифференцировать от других острых респираторных инфекций, так как на долю гриппа в этот период приходится 3-5 % от всего числа ОРЗ.При увеличении обращаемости с симптомами гриппа (25 % от всех обращений ) объявляется карантин и в больничных листах выставляется диагноз «грипп»

2."Экспресс-метод" обнаружения вируса гриппа с помощью флуоресцирующих антител. (Мазки из зева обрабатывают специфическими гриппозными флуоресцирующими сыворотками. Образовавшийся комплекс антиген- антитело ярко светится в ядре и цитоплазме клеток цилиндрического эпителия )

3.Серологические исследования (реакция связывания комплемента (РСК) с гриппозными антигенами и реакция торможения гемагглютинации (РТГА)).

**Особенности сестринского ухода.**

1.Изолировать больного от других, по крайней мере, на расстоянии не менее 1 метра от окружающих.

2.Соблюдпть масочный режим.

3.Провести сестринскую педагогику по безопасному поведению заболевшего (закрывать рот и нос при кашле или чихании носовым платком или одноразовыми салфетками. Утилизировать этот материал сразу после использования или стирать его и проглаживать утюгом. Мыть руки сразу после контакта с выделениями из дыхательных путей)

4.Соблюдать режим проветривания помещения,в котором находится больной.

5. Обеспечить влажную уборку помещения не реже 3-х раз в день с добавлением дезинфицирующих средств.

6. Обеспечить комфорт постельного режима на весь период лихорадки.

7.Организовать ежедневное обтирания кожи тёплой кипячёной водой с добавлением уксуса или пищевой соды для поддержания гигиенической чистоты и удаления пота.

8. Подвесить над головой больного пузырь со льдом, раскрыть больного, положить холодные компрессы на шею, локтевой сгиб, паховую область при температуре выше 39 градусов.

9.Обеспечить обильное тёплое (не горячее!!!) питьё чая с малиной или с лимоном, клюквенного морса, отвара шиповника не менее 2 литров в день).

10.Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

|  |
| --- |
| **24.Первичный менингит: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.** ***Менингит*** - это воспаление мозговых оболочек (тонких слоев соединительной ткани, окружающих головной и спинной мозг). Различают **первичные менингиты**, когда оболочки мозга поражаются непосредственно менингококком, и **вторичные**, когда воспаление оболочек возникают как осложнение инфекционной болезни всего организма или отдельного органа — слюнной железы, легких, внутреннего уха, зубов.Возбудитель **менингококк** (Neisseria meningitidis) относится к диплококкам (”двойные кокки”).Менингококки “живут” **в носовой полости. Механизм передачи аэрозольный. Путь передачи воздушно – капельный.** Вне организма человека возбудители погибают в течение 30 минут. В среднем менингококк присутствует **у 1-3% населения** и до 25% в эпидемических очагах. Особенность инфекции - то, что число здоровых бактерионосителей в сотни раз (!) превышает число больных (примерно **1 больной на 200 носителей**). Примерно 10% всего населения являются носителями менингококковых бактерий. Микроорганизмы сохраняются в дыхательных путях, но при этом никак себя не проявляют. Сезон простуд и [гриппа](http://www.happydoctor.ru/info/224) — очень благоприятное время для активного распространения такой инфекции. Именно ее возбудители при кашле и чихании попадают от носителя менингококка к здоровому человеку. Причем чаще всего носителями являются взрослые, даже не подозревая об этом, а болеют преимущественно дети. На 100 тыс. детей бывает 10-15 случаев заболеваемости, а среди взрослых только один. **Формы менингококковой инфекции:*** + ***1.назофарингит,*** когда воспаляется задняя стенка глотки. Больные покашливают, у них заложен нос, першит в горле. На этом этапе пациентам чаще всего ставится диагноз: острое респираторное заболевание. Однако неправильная и несвоевременная диагностика может далее привести к воспалению мозговых оболочек;
	+ ***2.менингококковый*** ***менингит****, когда* заболевание начинается внезапно. Пациент ложится спать совершенно здоровым, а ночью он неожиданно становится неспокойным, ощущает мышечную слабость; жалуется на сильную головную боль. В течение часа обычно поднимается температура до 39-40°, через 5-6 часов возникает рвота. Возникают **менингеальные симптомы, которые** связаны с тем, что мышечная регуляция нарушается и начинает преобладать тонус разгибателей. **Шея становится ригидной** (то есть жесткой, твердой, ее трудно согнуть). Выявляются симптомы:
* **Кернига** (ограничение разгибания ноги в коленном суставе, когда она согнута в тазобедренном). У новорожденных симптом Кернига является физиологичным и сохраняется до 3 мес.
* **Брудзинского**

а) ***верхний*** (сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах, если пассивно сгибать голову больного)б) ***средний*** (непроизвольное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах, когда надавливают на лобок) в) ***нижний*** (если прижать бедро согнутой в коленном суставе ноги к животу, сгибается вторая нога).**3*3.менингококцемия — менингококковый сепсис:*** внезапное начало, высокая температура и появление геморрагической сыпи в виде неправильной формы звездочек, в центре крупных элементов сыпи могут развиваться некрозы; возможны обширные кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки. Без соответствующего лечения больные менингококцемией погибают на 1—2-е сутки заболевания.***Госпитализация обязательна.*** Крайне важно распознать менингит в самом начале, чтобы вовремя обратиться за медицинской помощью и как можно раньше начать адекватную терапию.**Особенности сестринского ухода за больным менингитом.**1.Обеспечить режим тишины (пациент болезненно реагирует на звук).2.Занавесить окна плотными шторами (пациент не переносит дневной свет)3.Поварачивать пациента очень бережно (каждое прикосновение приносит болезненные ощущения).4. Проводить ежедневно обтирания тела теплой водой с добавлением спирта. (при менингококцемии нарушается питание кожи, у больных могут быстро образовываться пролежни). 5. Протирать кожу камфарным спиртом при наличии покраснения (профилактика пролежней)6. Следить за тем, чтобы под спиной больного простыня не собиралась в складки (предупреждение болезненных ощущений, профилактика нарушений целостности кожных покровов)7. Накладывать стерильные сухие повязки в случае образования на коже участков некроза.8. Обеспечить хороший уход за полостью рта: язык, зубы, десны несколько раз в день протирать ватным тампоном, смоченным слабым дезинфицирующим раствором (например, 1 чайная ложка 2 *%* раствора гидрокарбоната натрия на стакан воды).9.Уложить таз больного на надувной резиновый круг (обеспечение безболезненной подачи судна)10. Следить за мочеиспусканием, измерять количество мочи у больного, так как при этом заболевании нередко наблюдается рефлекторная задержка мочеиспускания.11.При психомоторном возбуждении следить за тем, чтобы больной не выбежал из бокса, не нанёс себе увечий.12. Если температура тела высокая, подвесить над головой больного пузырь со льдом, раскрыть больного, положить холодные компрессы на шею, локтевой сгиб, паховую область. 13. При появлении сильной головной боли, рвоты, психомоторного возбуждения, потери сознания, судорогах, гиперемии лица, сужении зрачков, повышении артериального давления, (признаки острого отёка головного мозга) немедленно вызвать врача для решения вопроса о переводе больного в палату интенсивной терапии с целью проведения специального лечения. **Правила выписки:** реконвалесценты после генерализованных форм выписываются при соблюдении условий: 1. клиническое выздоровление, сроки которого индивидуальны 2. двукратное бакисследование слизи из носовой части глотки на менингококк с отрицательным результатом (проводится не ранее, чем через 3 дня после окончания АБ терапии с интервалом 1-2 дня). 3.выписка перенесших назофарингит производится после однократного бакисследования.**Сроки временной нетрудоспособности:** при выписке реконвалесцентов после генерализованных форм больничный лист продлевается на 7-10 дней. В дальнейшем вопрос о допуске к работе решается невропатологом поликлиники.**Диспансеризация:** только лица после генерализованной формы инфекции; длительность наблюдения 2-3 года с периодичностью осмотров 1 раз в 3 мес в течение первого года, в последующем - 1 раз в полгода.**Профилактика.**Существуют вакцины против менингококка типа A и C. А в нашей республике долгое время циркулирует менингококк типа B, против которого вакцины нет. Естественным защитным средством для детей служат антитела матери, получаемые сначала через плаценту, а потом с грудным молоком.Так что прививаться имеет смысл тем людям, которые выезжают в страны менингитного пояса. **25.Вторичный менингит: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами*.******Менингит*** - это воспаление мозговых оболочек (тонких слоев соединительной ткани, окружающих головной и спинной мозг). Различают **первичные менингиты**, когда оболочки мозга поражаются непосредственно менингококком, и **вторичные**, когда воспаление оболочек возникают как осложнение инфекционной болезни всего организма или отдельного органа — слюнной железы, легких, внутреннего уха, зубов.***Вирусный менингит*** - самая частая и наименее тяжелая форма заболевания.***Бактериальный менингит*** встречается реже, но гораздо более опасен. Он поддается лечению антибиотиками, но представляет серьезную угрозу для жизни и еще долгое время отрицательно сказывается на здоровье. Бактериальный менингит чаще поражает детей до пяти лет или молодых людей в возрасте примерно 16-25 лет. **Особенно опасен** ***Туберкулёзеый менингит,*** как осложнение различных форм туберкулёза.Менингит может вызываться как бактериями и вирусами, так и возникать вторично при [злокачественных опухолях](http://www.happydoctor.ru/info/37) и болезнях соединительной ткани. Наиболее тяжелая форма болезни — **бактериальный менингит**. 80% всех вторичных менингитов вызывается всего 3 возбудителями:1. **гемофильная палочка** типа b чаще всего становится возбудителем менингита у детей до 5 лет.
2. **гемолитический стрептококк группы А**  — чаще у школьников.
3. **пневмококк** — у пожилых людей.

Наиболее тяжелая форма болезни — **бактериальный менингит**. В этом случае заболевание начинается внезапно. Признаки заболевания:  |

- Вялость, сонливость, заторможенность

- Повышение температуры, нередко с ознобом

- Отказ от еды

- Мучительная головная боль

- Резко повышенная кожная чувствительность

- Светобоязнь, повышенная чувствительность к звуку

- Тошнота, рвота

- Усиление головной боли, тошноты и рвоты даже при незначительной перемене положения

- Ригидность (напряжение) затылочных мышц (невозможность достать подбородком до грудины). Этот симптом часто отсутствует у грудных младенцев

- Судороги, нарушение сознания, иногда бред

- В некоторых случаях, если менингит вызван менингококковой инфекцией, на теле появляется геморрагическая (состоящая из кровоизлияний) сыпь

- Характерная поза больного - на боку с запрокинутой головой и подтянутыми к животу ногами (поза оружейного курка)

Выявляются симптомы :

* **Кернига** (ограничение разгибания ноги в коленном суставе, когда она согнута в тазобедренном). У новорожденных симптом Кернига является физиологичным и сохраняется до 3 мес.
* **Брудзинского**

а) ***верхний*** (сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах, если пассивно сгибать голову больного)

б) ***средний*** (непроизвольное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах, когда надавливают на лобок)

в) ***нижний*** (если прижать бедро согнутой в коленном суставе ноги к животу, сгибается вторая нога).

Если к коже больного ребенка прижать стекло (того же эффекта можно достичь, если растянуть участок кожи) и сыпь при этом не побледнеет, это говорит о ее геморрагическом характере и есть основания опасаться менингококковой инфекции. Любая другая сыпь, например, при кори или скарлатине, побледнеет или вообще исчезнет, если на нее нажать.

***Госпитализация обязательна.*** Крайне важно распознать менингит в самом начале, чтобы вовремя обратиться за медицинской помощью и как можно раньше начать адекватную терапию

**Особенности сестринского ухода за больным менингитом.**

1.Обеспечить режим тишины (пациент болезненно реагирует на звук).

2.Занавесить окна плотными шторами (пациент не переносит дневной свет)

3.Поварачивать пациента очень бережно (каждое прикосновение приносит болезненные ощущения).

4. Проводить ежедневно обтирания тела теплой водой с добавлением спирта. (при менингококцемии нарушается питание кожи, у больных могут быстро образовываться пролежни).

5. Протирать кожу камфарным спиртом при наличии покраснения (профилактика пролежней)

6. Следить за тем, чтобы под спиной больного простыня не собиралась в складки (предупреждение болезненных ощущений, профилактика нарушений целостности кожных покровов)

7. Накладывать стерильные сухие повязки в случае образования на коже участков некроза.

8. Обеспечить хороший уход за полостью рта: язык, зубы, десны несколько раз в день протирать ватным тампоном, смоченным слабым дезинфицирующим раствором (например, 1 чайная ложка 2 *%* раствора гидрокарбоната натрия на стакан воды).

9.Уложить таз больного на надувной резиновый круг (обеспечение безболезненной подачи судна)

10. Следить за мочеиспусканием, измерять количество мочи у больного, так как при этом заболевании нередко наблюдается рефлекторная задержка мочеиспускания.

11.При психомоторном возбуждении следить за тем, чтобы больной не выбежал из бокса, не нанёс себе увечий.

12. Если температура тела высокая, подвесить над головой больного пузырь со льдом, раскрыть больного, положить холодные компрессы на шею, локтевой сгиб, паховую область.

13. При появлении возбуждения, бледности кожи, цианоза губ и ногтей, учащения пульса и снижения артериального давления (признаки инфекционно-токсического шока) немедленно вызвать врача для решения вопроса о переводе больного в палату интенсивной терапии с целью проведения специального лечения.

**Правила выписки:** реконвалесценты после генерализованных форм выписываются при соблюдении условий:

1. клиническое выздоровление, сроки которого индивидуальны

2. двукратное бакисследование слизи из носовой части глотки на возбудителя с отрицательным результатом (проводится не ранее, чем через 3 дня после окончания АБ терапии с интервалом 1-2 дня).

**Сроки временной нетрудоспособности:** при выписке реконвалесцентов после генерализованных форм больничный лист продлевается на 7-10 дней. В дальнейшем вопрос о допуске к работе решается невропатологом поликлиники.

**Диспансеризация:** только лица после генерализованной формы инфекции; длительность наблюдения 2-3 года с периодичностью осмотров 1 раз в 3 мес в течение первого года с обязательным осмотром окулиста и сурдолога (возможны поздние нарушения зрения и речи), в последующем - 1 раз в полгода.

**26.Бруцеллёз: этиология, патогенез, клиника, особенности сестринского ухода. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.**

***Бруцеллёз (лат. brucellosis)*** — зоонозная инфекция, передающаяся от больных животных человеку, характеризующаяся множественным поражением органов и систем организма человека. Возбудитель заболевания — группа микроорганизмов рода бруцелл. ***Источником опасных для человека бруцелл являются:***

1. козы, овцы (B. melitensis),

2. коровы (B. abortus)

3. свиньи (B. suis)

4. собаки (В.canis)

Животные выделяют возбудителя с молоком, мочой, околоплодными водами. Заражение человека происходит при непосредственном контакте с животными-носителями или при употреблении в пищу заражённых продуктов — сырого молока, сыра, изготовленного из не пастеризованного молока.

*Ворота — микротравмы кожи, слизистые оболочки органов пищеварения и респираторного тракта. На месте ворот изменений нет. По лимфатическим путям регионарных лимфоузлов изменений нет.*

*Инкубационный период при остром начале 3 нед, если начинается как первично-латентный - несколько месяцев.*

*Различают клинические формы:*

1) форма первично-латентная;

2) форма остросептическая;

3) форма первично-хроническая метастатическая;

4) форма вторично-хроническая метастатическая;

 5) форма вторично-латентная.

***Первично-латентная*** состояние практического здоровья. Больные считают себя здоровыми и сохраняют работоспособность.

***Остросептическая форма*** лихорадкой (39—40 С), повторные ознобы и поты.. Самочувствие остается хорошим (при температуре 39 °C и выше может читать книги, играть в шахматы, смотреть телевизор). Отсутствуют и другие признаки общей интоксикации. Не угрожает жизни больного, даже без этиотропного лечения она заканчивается выздоровлением.

***Хронические формы***, иногда развиваются сразу, минуя острую, иногда спустя время после остросептической формы. По клинике ***первично-хроническая метастатическая и вторично-хроническая метастатическая формы*** не различаются. Отличие — наличие или отсутствие остросептической формы в анамнезе.

***Клиника:***

* *длительная субфебрильная температура*
* *слабость, повышенную раздражительность, плохой сон*
* *нарушение аппетита, снижение работоспособности.*
* *мелкие очень плотные безболезненные склерозированные лимфоузлы (0,5—0,7 см в диаметре)*
* *увеличение печени и селезенки*
* *боли в мышцах и сустава*
* *суставы опухают, подвижность в них ограничена, кожа над ними нормальной окраски*.

***Симптом Эриксена:*** на стол на спину или на бок и производят давление на гребень верхней подвздошной кости при положении на боку или сдавливают обеими руками передние верхние гребни подвздошных костей в положении на спине. При одностороннем сакроилеите боли на пораженной стороне, при двухстороннем — боли в крестце с двух сторон).

**Диагностика.**

1.При массовых диагностических исследованиях ставят пробирочную РА, РСК.

2.При единичных –ставится проба Бюрне (0,1 мл бруцеллина внутрикожно на внутреннюю сторону предлечья. Если через 24 часа гиперемия и отёк больше 1 см, реакция считается положительной, а диагноз подтверждённым).

3.Для окончательного диагноза берут кровь на гемокультуру из локтевой вены. Сбор материала можно проводить с 1-го дня болезни и в течение всего лихорадочного периода. Кровь берут до лечения антибиотиками.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Соблюдение комфорта постельного режима: своевременная смена постельного и нательного белья, тщательное расправление постельных складок и комков.

2.Организация ежедневного обтирания кожи тёплой кипячёной водой с добавлением уксуса или пищевой соды для поддержания гигиенической чистоты и удаления пота.

3.Обработка проблемных мест салициловым или камфорным спиртом с целью профилактики пролежней.

4.Уменьшение болей в суставах с помощью сухого тепла.

5.При сильных болях в пояснично-крестцовом отделе использовать надувной резиновый круг с разъёмом в области промежности для быстрой и безболезненной подачи судна.

6. Обеспечение контроля за своевременным приёмом пациентом в присутствии медсестры *фторхинолонов (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин) с обязательным запиванием не менее 0,5 стакана кипячёной воды.*

7.Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

***Правила выписки*** *из стационара: выписка проводится после выздоровления пациента или улучшения состояния и окончания курса антибиотикотерапии. При подостром и хроническом бруцеллезе выписка осуществляется после завершения курса антибиотико- и вакцинотерапии.*

***Диспансеризация:*** *переболевшие острым и подострым бруцеллезом находятся под наблюдением в течение 2 лет с момента заболевания при отсутствии клинико-иммунологических признаков хронизации процесса. Переболевшие обследуются врачом КИЗа в первый год через 1, 2, 3, 6, 9, 12 мес, во второй год - ежеквартально. В период диспансерного наблюдения проводится профилактическое противорецидивное лечение в первый год при каждом обследовании, в течение 2 года - весной и осенью. Если в течение 2 лет нет признаков хронизации процесса, больные снимаются с учета.*

**27.Сестринский процесс при риккетсиозах. Сыпной тиф эпидемический..**

***Сыпной тиф*** *-* это инфекционная болезнь, вызываемая риккетсией Провачека.

Возбудитель- риккетсия Провачека занимает промежуточное положение между вирусами и бактериями.

***Источники инфекции: больной*** эпидемическим сыпным тифом

**Механизм передачи** – трансмиссивный. Путь передачи –«специфическая контаминация». Переносчики – вши, выделяющие риккетсии с фекалиями, при втирании которых в кожу человека происходит его заражение.

**Инкубационный период составляет в среднем**  12-14 дней.

**Продромальный** – 4-5 дней: повышение температуры до 39 -40 градусов, выраженная слабость, головная боль. Появляется бессонница. Больной возбужден, эйфоричен, говорлив, при тяжелых формах может быть нарушено сознание. Лицо гиперемировано, одутловато, склеры инъецированы («кроличьи глаза»). Кровоизлияние в коньюктиву (симптом Кеари – Авцина). На слизистой оболочке мягкого нёба и язычка появляются точечные багрово-красные пятнышки ( симптом Розенберга).

**Период разгара –** основным симптомом является розеолезно-петехиальная сыпь на боковых поверхностях туловища и сгибательных поверхностях рук. Сыпь держится 7-8 дней и постепенно исчезает. Температура 39-40. Невыносимая головная боль. Дезориентация пациента во времени и пространстве. Развивается тифозный статус: появляется симптом Говорова – Годелье (невозможность высунуть язык дальше передних нижних зубов и его толчкообразные движения). Пациенты склонны к агрессии и суициду.

**Период угасания:** наступает с момента нормализации температуры тела, угасает сыпь, исчезают симптомы интоксикации.

**Период реконвалесценции:** сохраняется общая слабость, шум в ушах, артериальная гипотензия, астенический синдром.

**Лабораторная диагностика:** основной метод – РСК в диагностическом титре 1:160 и РНГА

(1:1000), которые положительны с 5 дня болезни.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Контроль соблюдения постельного режима до 5 – 6 дня после нормализации температуры.

2. Обеспечение в период постельного режима максимального комфорта..

3. В связи с возможностью остановки сердца вести контроль за пульсом и АД (каждые 2 часа) .

4. Осуществление контроля за частотой и количеством мочеотделения, так как паралич мочевого пузыря вызывает задержку выделения мочи.

5. Обеспечение соблюдения пациентом диеты в острый период заболевания соответствует столу №13 по Певзнеру.

6. Орошение полости рта 2% р-р соды (не реже одного раза в 2 часа) и смазывание губ сливочным маслом или вазелином.

7. Орошение слизистой глаз 30% сульфацил-натрием (профилактика высыхания слизистой глаз).

8. Ежедневный осмотр на педикулез и своевременная обработка.

9.Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**28.Сестринский процесс при боррелиозах. Системный клещевой боррелиоз.**

***Боррелиоз системный клещевой*** (болезнь Лайма) – природно‑очаговая трансмиссивная инфекция, протекающая с эритемой, лихорадкой, признаками поражения центральной и периферической нервной системы, сердца и крупных суставов.

**Возбудитель**– borrelia– грамотрицательная подвижная бактерия морфологически сходная с трепонемами.

**Источник** - мелкие и крупные дикие (грызуны, сумчатые, олени, птицы и др.), а также некоторые домашние животные (кошки, собаки, овцы, крупный рогатый скот), выделяющие возбудителя с мочой.

**Механизм заражения** – трансмиссивный

**Переносчик** - иксодовые клещи.

**Инкубационный период** продолжается 3–32 дня.

**Первая стадия раннего периода болезни Лайма**

1.На месте укуса клеща появляется пятно или папула, постепенно увеличивающаяся по периферии (диаметр 3–68 см). Пятно имеет яркий и приподнятый наружный край, причем постепенно центральная часть бледнеет, иногда приобретает синюшный оттенок («кольцевая» эритема).

2.Возникновение эритемы сопровождается болями и зудом. Без лечения эритема сохраняется 2–3 нед, затем исчезает.

3. Недомогание, головная боль, общая слабость, а также лихорадка (2–7 дней).

**Вторая стадия раннего периода болезни Лайма (от 2‑й до 21‑й недели)**

Обусловлен диссеминацией боррелий в различные органы и ткани.

1.Менингеальный синдром

2. Невритический синдром

3. Кардиальный синдром

4.Боли в мышцах, костях, суставах

**Поздний период системного клещевого боррелиоза проявляется в сроки от нескольких месяцев до нескольких лет от начала заболевании:**

* синдром поражения суставов (преимущественно крупных суставов – коленных и локтевых, реже мелких – межфаланговых, височно‑нижнечелюстных),
* синдром поражения нервной системы,
* синдром поражения кожи,
* синдром поражения сердца.

**Хронические неврологические нарушения сохраняются несколько лет и проявляются в виде:**

* энцефалита
* полиневропатии
* астеновегетативного синдрома
* психических нарушений
* энцефалопатии,
* нарушений функции зрения, слуха, глотания.

Наряду с манифестными возможны субклинические – бессимптомные формы инфекции.

**Прогноз.** Благоприятный, несмотря на возможность длительного течения болезни.

**Диагностика.** Реакция непрямой иммунофлюоресценции с определяемым титром антител 1:40 и выше. После первичного заражения диагностические титры антител в крови больных определяются, как правило, не ранее 15–18 сут.

**Лечение.** Этиотропная терапия проводится с применением пенициллина (2 000 000–4 000 000 ЕД в сутки, при менингите – до 16 000 000–24 000 000 ЕД в сутки), тетрациклина, эритромицина или левомицетина в обычных дозах в течение 10 дней. По показаниям применяют анальгетики, нестероид ные противовоспалительные средства (индометацин, бруфен и др.) или глюкокортикостероиды, дезинтоксикационные и диуретические средства.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Контроль соблюдения постельного режима до нормализации температуры.

2.Если температура тела высокая, подвесить над головой больного пузырь со льдом, раскрыть больного, положить холодные компрессы на шею, локтевой сгиб, паховую область.

3. Обеспечение в период постельного режима максимального комфорта.

4. В связи с возможностью остановки сердца вести контроль за пульсом и АД (каждые 4 часа) .

5. Осуществление контроля за частотой и количеством мочеотделения, так как паралич мочевого пузыря вызывает задержку выделения мочи.

6.При психомоторном возбуждении следить за тем, чтобы больной не выбежал из бокса, не нанёс себе увечий.

7.Обеспечить режим тишины при менингиальном синдроме (пациент болезненно реагирует на звук).

8.Занавесить окна плотными шторами при менингиальном синдроме (пациент не переносит дневной свет)

9. Контролировать зуд кожи в области эритемы. Применять бенадрил или хлор-трименол.

10.Соблюдать периодичность и количество назначенных врачом антибиотиков (пенициллина

2 000 000–4 000 000 ЕД в сутки, при менингите – до 16 000 000–24 000 000 ЕД в сутки, экстенциллина (ретарпена) в разовых дозах 2,4 млн ЕД 1 раз в неделю в течение 3 нед.),

11. Обеспечить контроль за своевременным приёмом пациентом в присутствии медсестры назначенных препаратов (цефтриаксона (лонгацефа, роцефина), в суточной дозе 1-2 г. тетрациклина по 0,5 г 4 раза в сутки или доксициклина (вибрамицина) - по 0,1 г 2 раза в сутки,) запивая не менее 0,5 стакана кипячёной воды.

12.Присутствовать во время приёма пищи пациентом, при малейших признаках нарушения глотания кормление прекращать.

13.Перейти на зондовое питание при нарушение глотания с 4-5 разовым питанием и одноразовым использованием зонда не более 4-х часов во избежание пролежней пищевода.

14.При отказе пациента от зондового питания решить вопрос с лечащим врачом о переходе на парентеральное питание.

15. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**Профилактика.** Применяют индивидуальные средства защиты от нападения клещей, проводят акарицидные мероприятия. Эффективны методы санитарного просвещения населения. Уменьшить риск заболевания может своевременно проведенное превентивное лечение. В первые 5 дней после укуса клеща назначают тетрациклин внутрь в дозе 2 г в сутки в течение 5 дней или бициллин‑3 однократно в дозе 2 400 000 ЕД внутримышечно

доксициклин по 1 капсуле 2 раза в день 5 дней..

**29. Сестринский процесс при туляремии.**

***Туляремия — острое инфекционное заболевание, протекающее с лихорадкой, интоксикацией и поражением регионарных лимфатических узлов.***

**Возбудителем туляремии -** туляремийные бациллы – мелкие грамотрицательные кокковидные и палочковидные клетки размером 0,2–0,5 мкм, устойчивые во внешней среде.

**Источником инфекции** являются больные животные (мыши-полевки, зайцы, водяные крысы, домашние мыши). Туляремия от человека к человеку не передается.

**Механизм передачи:**

**1.*Контактный* (**при контакте с больными грызунами или их выделениями)

**2.*Фекально – оральный*** (при употреблении пищевых продуктов и воды, инфицированных выделениями грызунов)

**3*.Аэрозольный*** (при обработке зараженных зерновых продуктов и фуража)

**4.*Трансмиссивный*** (через переносчика, путем инокуляции (передачи возбудителя при кровососании) кровососущими членистоногими)

**Инкубационный период**3–7 дней.

**Продромальный период** –нет.

**Клиника:**

* озноб,
* температура тела повышается до 38–40 оС.
* сильная головная боль,
* головокружение,
* мышечные боли,
* слабость,
* гиперемия и пастозность лица,
* инъекция сосудов склер,
* на слизистой рта точечные кровоизлияния,
* экзантема,
* сухой кашель,
* увеличение печени и селезенки.

 Длительность лихорадочного периода при туляремии – от 5–7 до 30 дней, общая продолжительность заболевания составляет в большинстве случаев 16–18 суток. По локализации процесса выделяют следующие клинические формы:

1. ***туляремия с поражением кожи***, слизистых оболочек и лимфоузлов:
* *бубонная -*на 2‑3‑й день появляется отчетливая болезненность, в последующие дни узел заметно увеличивается, достигая размеров от 2 до 8‑10 см***.*** Кожа не спаяна с ним и долго сохраняет нормальную окраску.В течение 1–4 месяцев бубоны рассасываются, в других случаях через 3–4 недели туляремийные бубоны нагнаиваются, кожа над ними становится отечной, затем прорывается, и густой гной молочно‑белого цвета выходит через свищ наружу;
* *язвенно‑бубонная* в месте внедрения возбудителя развивается первичный аффект. При этом с 1‑го по 7‑й день последовательно появляются пятно, папула, везикула, пустула, кратерообразная малоболезненная язва;
* *глазо‑бубонная* - конъюнктивит с гиперплазией фолликулов и эрозивно‑язвенные изменения на слизистой глаза, сопровождающиеся выделением густого желтоватого гноя;
* ангинозно‑бубонная - умеренные боли в горле, затруднения глотания и гиперемия зева. Миндалины увеличены, отечны, с некротическими налетами, спаяны с подлежащей клетчаткой.
1. ***туляремия с преимущественным поражением внутренних органов***
* *легочная* – пневмония отличается склонностью рецидивам и осложнениям в виде бронхоэктазий, абсцессов, плевритов и гангрены легких. Возможно образование каверн.
* *абдоминальная* -схваткообразные и постоянные боли в животе, тошнота, рвота, анорексия.

 3) ***генерализованная форма -*** температуры до 39–40 оС., потеря сознания, бред, низкое артериальное давление, глухость сердечных тонов, лабильность пульса.

 ***По длительности течения выделяют острую, затяжную и рецидивирующую; по тяжести – легкую, средней тяжести и тяжелую формы.***

**Прогноз*,*** как правило, благоприятный. Летальность не превышает 0,5 % и имеет место лишь при генерализованной, легочной и абдоминальной формах туляремии.

**Диагностика .**

 ***Биологический метод -*** заключается в подкожном или внутрибрюшинном заражении лабораторных животных (морские свинки, белые мыши) пунктатом бубонов, кровью, отделяемым конъюнктивы или соскобом со дна язвы с последующим изучением мазков‑отпечатков из органов павших животных.

***Серологический метод -*** реакцию агглютинации с использованием туляремийного диагностикума (диагностический титр – 1: 100 и выше).

***Кожно‑аллергическая проба*** с туляремийным антигеном – тулярином (0,1 мл внутрикожно), которая становится положительной с 3‑5‑го дня болезни. Учет реакции через 24–48 ч.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Контроль соблюдения постельного режима до нормализации температуры.

2.Если температура тела высокая, подвесить над головой больного пузырь со льдом, раскрыть больного, положить холодные компрессы на шею, локтевой сгиб, паховую область.

3. Обеспечение в период постельного режима максимального комфорта.

4. Для облегчения местных явлений при бубонной форме используется сухое тепло на бубон.

5. При вскрытии бубона накладывать повязки с тетрациклиновой мазью.

6. Промывание больному глазо-бубонной формой по утрам пораженного глаза кипяченой водой с последующим закапыванием в глаз 20 % раствора сульфацил-натрия.

7.Полоскание зева при ангинозно-бубонной форме антисептическими растворами (раствор фурациллина 1:5000 и др.)

9. Обеспечение применения дезинфицирующих средств при проведении влажной уборки палаты не реже 3-х раз в сутки.

10. Контролировать зуд кожи в области эритемы. Применять бенадрил или хлор-трименол.

11. Обеспечить контроль за своевременным приёмом пациентом в присутствии медсестры назначенных препаратов (тетрациклина в дозе 2,0 г в сутки, доксициклина – 0,2 г в сутки, левомицетина – 2–2,5 г в сутки), запивая не менее 0,5 стакана кипячёной воды.

12. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**30.Трихинеллёз. Профилактика.**

***Трихинелле́з* (лат. trichinellosis синоним: трихиноз) — гельминтоз из группы нематодозов, характеризующийся поражением внутренних органов и центральной нервной системы.**

**Возбудитель —** трихинелла Trichinella spiralis.. Длина тела самки 1,5—1,8 мм, после оплодотворения — до 4,4 мм; длина тела самца 1,2—2 мм. В зависимости от интенсивности инвазии выделение самками личинок продолжается 4—6 нед., после чего паразиты погибают.

**Источник** – дикие (кабаны, волки, лисы, рыси) и домашние (кошки, собаки, крысы, свиньи) животные. Основной источник для человека- дикие кабаны и домашние свиньи.

**Механизм передачи** – алиментарный (человек заражается чаще всего при употреблении инвазированного личинками трихинелл мяса или сала с прослойками мышечной ткани).

**Патогенез.**

Развитие трихинелл у человека и животных происходит однотипно и включает 3 фазы:

• ***Кишечная фаза***. Заражение происходит при поедании мяса, содержащего инкапсулированные личинки трихинелл. В процессе пищеварения в желудке и двенадцатиперстной кишке капсулы разрушаются, что занимает примерно 1 час. Молодые трихинеллы, находясь в просвете двенадцатиперстной кишки, созревают в течение 3-4 суток, после чего самки начинают отрождать личинки. Этот процесс длится от 10 до 45 дней, и после его окончания самки вскоре погибают. Срок кишечной стадии - 42-56 дней. Самка откладывает до 2100 личинок.

• ***Миграционная фаза.*** Личинки по лимфатическим путям попадают в ток крови и разносятся по всему организму. Миграция их начинается примерно на 6 день от момента заражения.

• ***Мышечная фаза***. Оседание личинок происходит в поперечно-полосатых мышцах. Первые, пока еще немногочисленные личинки появляются там уже на 6-7 день. Осев в мышцах, личинки увеличиваются в размерах примерно в 10 раз, свиваются в спираль и к 17-18 дню становятся способны заражать следующего хозяина. К 3-4 неделе вокруг личинок формируются капсулы, стенка которых спустя год покрывается известью. В таком виде личинка остается жизнеспособной до 25 лет.

**Клиническая картина.**

Смертельная доза для человека - 5 личинок на 1 кг массы тела больного.

Различают 3 стадии трихинеллеза:

***Стадия 1 (инвазия):*** развивается через неделю после заражения, когда половозрелые гельминты активно размножаются. Наблюдается:

* потеря аппетита,
* тошнота,
* рвота,
* диарея,
* боли в животе и колики.

***Стадия 2 (диссеминация)***: наступает через 10 дней после заражения, когда трихинеллы проникают через слизистую оболочку тонкого кишечника и мигрируют в поперечно-полосатые мышцы. Для этой стадии характерны:

* отек лица (особенно век),
* мышечные боли (прежде всего в руках и ногах),
* высыпания на коже, зуд, жжение,
* подъем температуры до 38-40 °С.

В тяжелых случаях поражаются дыхательная, сердечно-сосудистая, центральная нервная системы.

***Стадия 3 (инкапсулирование):*** наступает в период выздоровления, обычно через неделю после второй стадии. Но в мышцах человека капсулы оставляют большие эрозии. Наиболее часто личинки поражают:

* диафрагму,
* язык,
* жевательные мышцы,
* межреберные и дельтовидные мышцы,
* редко - мышцы глаз.

***В самом опасном случае паразит проникает в центральную нервную систему***. Он не может там выжить, но вызывает паралич дыхательных путей и смерть.

**Диагностика.**

1.Анализ крови (эозинофилия обычно составляет 20-25%, но может достигать 80%) и выше

2.Мышечная биопсия

3. ИФА — 1:200. У лиц с подозpением на тpихинеллёз пpи слабо положительном или отрицательном результате рекомендуется повторить исследование в ИФА чеpез 10-14 дней.

**Особенности сестринского ухода:**

1.Контроль изменения положения тела пациента каждые 2 часа в связи с вынужденным положением больного и его обездвиженностью.

2.Контроль температуры тела. Если температура тела высокая, подвесить над головой больного пузырь со льдом, раскрыть больного, положить холодные компрессы на шею, локтевой сгиб, паховую область.

3. Использование для облегчения местных болей сухое тепло.

4. Промывание больному по утрам пораженных глаз кипяченой водой с последующим закапыванием в глаз 20 % раствора сульфацил-натрия.

5. Контролировать зуд кожи в области высыпаний. Применять бенадрил или хлор-трименол.

6. Обеспечить контроль за своевременным приёмом пациентом в присутствии медсестры «Вермокса» 300 мг в сутки в течение 7-и дней ( излечивает заболевание полностью на стадии взрослых особей).

7.Проведение массажа после выведения из тяжелого состояния.

8.Обучение пассивной, а затем активной гимнастике.

9. При появлении возбуждения, бледности кожи, цианоза губ и ногтей, учащения пульса и снижения артериального давления (признаки инфекционно-токсического шока) немедленно вызвать врача для решения вопроса о переводе больного в палату интенсивной терапии с целью проведения специального лечения.

10. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

**Профилактика**.

* Употреблять свинину только после ветеринарного анализа.
* Готовить мясные продукты до достижения ими внутренней температуры 74°С в течение минимум 15 секунд (если личинка в живом носителе находилась довольно долго, то наверняка личинка стала кальцинированной, что позволяет ей стойко переносить любые температуры готовки пищи, так что этот метод не помогает)
* Замораживать свинину в течение 20 дней при −15 °C или трех дней при −20°С.
* Не позволять свиньям есть сырые туши других животных, в том числе крыс, которые могут быть инфицированы трихинеллами.
* Готовить мясо диких животных тщательней. Замораживание мяса диких животных, в отличие от замораживания продуктов из свинины, даже в течение длительных периодов времени, может быть неэффективным. Это происходит потому, что эти виды трихинелл более устойчивы к замораживанию, чем виды, которые заражают свиней