

Тема занятия № 19: Сестринский процесс и сестринская помощь при ветряной оспе, эпидемическом паротите, полиомиелите.

Учебные цели занятия:

Ознакомить с инфекционными заболеваниями. Знать причины, клинические проявления, оказание сестринской помощи.

Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос)

1. Дайте определение заболевания. Назовите возбудителя коклюша и его особенности?
2. Укажите: а) источник инфекции; б) пути передачи заболевания;
3. Какие периоды коклюша вы знаете? Опишите клиническую картину каждого периода?
4. Какие осложнения могут развиваться при коклюше?
5. Перечислите лабораторные методы исследования, подтверждающие диагноз коклюш?
6. Назовите основные принципы лечения коклюша?
7. Дайте определение дифтерии. Назовите возбудителя заболевания и его особенности.
8. Укажите: а) источник инфекции; б) пути передачи заболевания дифтерии?
9. Какие клинические формы дифтерии вы знаете?
10. Перечислите особенности течения дифтерии у привитых и непривитых детей?
11. Назовите клинические формы дифтерии глотки. Опишите клиническую картину каждой формы?
12. Какие осложнения могут возникать при дифтерии?
13. Укажите лабораторные исследования, подтверждающие диагноз дифтерия?
14. Назовите основные принципы лечения дифтерии?
15. Как осуществляется профилактика заболеваний? Какие мероприятия проводятся в очаге?

Информационный блок. План:

1. Эпидемический паротит. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Ветряная оспа. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Полиомиелит. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.

Эпидемический паротит (свинка, заушница) – инфекционное заболевание, протекающее с преимущественным поражением железистых органов (слюнных и поджелудочной желез, яичек и др.), а также ЦНС.

Этиология. Возбудителем заболевания является вирус, малоустойчивый во внешней среде.

Эпидемиология. Источник инфекции – больной, который становится опасным для окружающих с последних дней инкубации и в течении первых

9 дней от начала болезни. Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют лица с атипичными формами заболевания. Механизм передачи инфекции – воздушно-капельный.

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается от 11 до 21 дней. Заболевание обычно начинается остро с высокого подъема температуры, общего недомогания, болезненности в околоушной области при жевании и глотании. К концу первых суток перед ушной раковиной и за углом нижней челюсти появляется болезненная тестоватой консистенции припухлость, которая нередко распространяется впереди, вниз и кзади от мочки уха. Кожа над ней напряжена, цвет не изменен. Припухлость имеет нечеткие контуры. При пальпации определяется болезненное уплотнение в центре, по периферии – симптом зыбления. Лихорадочный период заболевания продолжается 3-4 дня, припухлость желез исчезает к 8-10му дню заболевания. С 5-10го дня болезни могут появиться признаки поражения других железистых органов.

У подростков при паротитной инфекции часто развивается орхит. Обычно поражается одно яичко. Процесс может быть и двусторонним. Орхит характеризуется увеличением яичка, и резкой его болезненностью с иррадиацией болей в паховую область и поясницу, отмечается отечность мошонки.

При поражении поджелудочной железы появляются тошнота, многократная рвота, резкие боли в области эпигастрия и левого подреберья. В моче определяется высокий уровень диастазы.

Осложнения встречаются редко. Возможно развитие отита, стоматита, пневмонии, сахарного диабета, бесплодия.

Лечение. Проводится в домашних условиях. Госпитализации подлежат больные с поражением ЦНС, орхитом, панкреатитом. В первые дни болезни назначается жидкая и полужидкая пища. Для предупреждения застойных процессов в слюнных железах и повышения их секреции рекомендуются кислые соки, лимон. Показано сухое тепло на область пораженной железы. Применяется симптоматическая терапия. При развитии осложнений проводится их лечение .

Уход. Заболевание сопровождается снижением секреции слюнных желез, поэтому важное значение имеет уход за полостью рта. Развитие панкреатита требует контроля медсестры за соблюдением больными постельного режима и диеты. При орхите ребенка укладывают на спину, медсестра следит за ношением суспензория и соблюдением постельного режима.

Профилактика. С целью предупреждения заболевания проводится активная иммунизация живой паротитной вакциной «Тримовакс» с 12 месяцев, ревакцинация в 6 лет. Для предотвращения распространения инфекции больные изолируются на 9 дней.

Мероприятия в очаге. Дети в возрасте до 10 лет, бывшие в контакте с больным, подлежат разобщению на 21 день. При точно установленной дате контакта разобщения проводится с 11-го по 21-й день с момента контакта. Дети, старше 10 лет разобщению не подлежат. В очаге проводится

экстренная иммунизация невакцинированных детей. За очагом устанавливается наблюдение. Рекомендуются частое проветривание, влажная уборка с использованием мыльно-содового раствора.

Ветряная оспа – высококонтагиозное инфекционное заболевание, характеризующееся появлением на коже и слизистых оболочках пузырьковой сыпи.

Этиология. Возбудитель заболевания – вирус, не устойчивый в окружающей среде, обладает выраженной летучестью, легко распространяется с потоком воздуха в соседнее помещение и вышерасположенные этажи.

Эпидемиология. Источник инфекции – больной, который становится заразным с конца инкубационного периода и опасен до 5-го дня с момента появления последних свежих элементов сыпи. Механизм передачи инфекции – воздушно-капельный. Восприимчивость к ветряной оспе высокая, наиболее часто болеют дети в возрасте от 2 до 7 лет. В – первые 2-3 месяца жизни заболевание встречается редко в связи с трансплацентарно полученным иммунитетом от матери. После перенесенной оспы остается прочный иммунитет.

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается от 11-го до 22-го дня. Продромальные явления наблюдаются редко и проявляются общим недомоганием и субфебрильной температурой.

Заболевание начинается остро с повышением температуры и почти одновременного появления сыпи на волосистой части головы, лице, туловище и конечностях. Сыпь имеет вид небольших розовых пятен, которые через несколько часов превращаются в папулы, затем в везикулы (пузырьки), окруженные зоной гиперемии и наполненные прозрачным содержимым. На подошвах и ладонях высыпания отсутствуют. Ветряночные пузырьки однокамерные, имеют округлую или овальную форму, располагаются на неинфильтрированном основании и при проколе спадаются. В конце первых суток пузырьки подсыхают, на их месте образуются буроватые корочки. Отпадая, они не оставляют после себя рубцов. Высыпание происходит не одновременно, а отдельными «толчками» с промежутками в 1-2 дня. В связи с этим на коже имеются элементы сыпи, находящиеся на разной стадии развития (пятно – папула – пузырек – корочка). Такой полиморфизм сыпи является характерным для ветряной оспы. Каждое новое подсыпание сопровождается повышением температуры. При большом количестве элементов сыпи наблюдается выраженный зуд кожи. Ветряночные пузырьки могут высыпать на слизистых оболочках рта, носоглотки, реже гортани, половых органов.

Лечение. Лечение заболевания симптоматическое. Особое значение имеет мероприятия, направленные на предупреждение инфицирования элементов сыпи. Пузырьки для лучшего подсыхания смазывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. В период подсыхания корочек, рекомендуются общие гигиенические ванны со слабым раствором калия перманганата.

Уход. При ветряной оспе уход состоит в гигиеническом содержании больных. Необходимо следить за чистотой постельного и нательного белья, чаще его менять, ногти ребенка должны быть коротко острижены. Следует контролировать чистоту рук больного. При сильном зуде во избежание расчесов детям раннего возраста бинтуют кисти рук или накладывают шинную повязку на область локтевых суставов. Можно одеть ребенку матерчатые рукавички. Важное значение имеет уход за слизистыми оболочками полости рта и глаз.

Профилактика. Ребенка изолируют на 9 дней от начала высыпания. Госпитализации подлежат больные по эпидемическим показаниям, с тяжелыми или осложненными формами ветряной оспы.

Мероприятия в очаге. Дети в возрасте до 7 лет, бывшие в контакте с больным подлежат разобщению на 21 день. При точно установленном времени контакта разобщение проводится с 11-го по 21-й день. За очагом устанавливается медицинское наблюдение с ежедневно термометрией и осмотром.

Помещение тщательно проветривают, уборка производится влажным способом с использованием мыльно-содового раствора.

Полиомиелит - острое инфекционное заболевание, которое вызывается вирусом полиомиелита и характеризуется большим диапазоном клинических проявлений от abortивных до паралитических форм.

Вирусы полиомиелита представлены тремя антигенными штаммами. Они довольно устойчивы во внешней среде, не обладают летучестью. Вирус выделяется с кишечным и носоглоточным содержимым, что определяет возможность как фекально-орального, так и воздушно-капельного механизма передачи инфекции.

При полиомиелите происходит мозаичное поражение нервных двигательных клеток, расположенных в ЦНС. Это находит свое отражение в асимметричном беспорядочном распределении парезов и параличей и относится к типичным признакам заболевания. Для понимания развития различных клинических форм заболеваний важно указать, что патологический процесс может быть прерван до проникновения вируса в нервную систему (стадия размножения в кишечнике, гематогенная стадия). В этих случаях развивается инаппарантная и abortивные формы болезни. Инкубационный период полиомиелита обычно равен 7-12 дням.

Клинический полиморфизм, как указывалось выше, связано с особенностями патогенеза полиомиелита и возможностью прекращения патологического процесса на разных стадиях размножения вируса.

Классификация.

Формы полиомиелита без поражения ЦНС:

Инаппарантная форма (вирусоносительство)

Abortивная форма (малая болезнь)

Формы полиомиелита с поражением ЦНС:

Менингеальная

Паралитическая

- спинальная
- понтинная
- бульбарная
- смешанная

Типичное течение паралитической формы

1. В паралитический период:

- небольшие катаральные явления и кишечная дисфункция, симптомы интоксикации (типичная двухволновая «двухгорбая» температурная кривая)
- появление на 2-3 день болезни менингеального и корешкового синдрома (головная боль, рвота, гиперестезия, ригидность затылочных мышц, боли в конечностях в спине, шее, подергивания в отдельных мышечных группах)

В паралитический период (до 2х недель) развитие вялых парезов и параличей, которые сопровождаются:

- нормализацией температуры и уменьшением интоксикации
- острым и бурным нарастанием (период нарастания парезов, параличей занимает от нескольких часов до 2-3 дней)
- мозаичным характером поражения нервных клеток, что приводит к нарушению обычных взаимоотношений мышц; в мышцах антагонистах развивается спазм, сильная боль (вынежденная поза), возникают рефлекторные контрактуры, деформация конечностей
- отсутствием нарушений чувствительности;
- снижением или отсутствием сухожильных рефлексов;
- ранним (с 2-3 недели) появлением атрофии мышц;

В восстановительный период (несколько лет) активные движения восстанавливаются сначала в менее опраженных мышцах, затем процесс распространяется все шире. В наиболее глубоко пострадавших мышцах восстановления не происходит. Наиболее активно процессы регенерации идут в течение первых 6 месяцев, затем темп их замедляется;

Период остаточных явлений характеризуется:

- нарастающими мышечными атрофиями;
- развитием суставных контрактур;
- костными деформациями;
- отставанием пораженных конечностей в росте у детей младшего возраста;
- деформациями позвоночника;
- остеопорозом.

Методами специфической диагностики острого полиомиелита являются вирусологические и серологические исследования. Забор материала для выделения вируса должен проводиться в самые первые дни заболевания. Выделение вируса наиболее вероятно из кала, иногда из носоглоточного смыва и ликвора.

Серологическое обследование имеет целью определение в сыворотке крови специфических антител. Диагностическое значение имеет не менее чем 4-

кратное повышение титра антител в процессе болезни, поэтому используются минимум две пробы сыворотки с интервалом 12 - 14 дней.

Определенное диагностическое значение имеет электромиография.

Специфическое **лечение** при полиомиелите не существует.

В острый период болезни необходим физический и психический покой, назначение детоксикационной терапии, дегидратационной (в случае отека мозга) терапии, обезболивающих средств, тепловых процедур. В ранний восстановительный период добавляют медиаторы и стимуляторы холинергической проводимости – прозерин, галантамин, витамины группы D.

Важное место занимают лечение правильным положением, массаж. Лечебная физкультура (профилактика контрактур). Проводя занятия лечебной физкультурой, необходимо строго следить за дозированием нагрузок, чтобы не вызвать утомления пораженных мышц. Оно может привести к нарастанию атрофии и углублению двигательных нарушений.

Наибольшее значение в борьбе с полиомиелитом имеет специфическая профилактика, осуществляемая с помощью введения живой полиомиелитной вакцины Сэйбина, которая вводится трехкратно с интервалом 45 дней сублингвально по 4 капли (3 месяца, 4,5 месяца, 6 месяцев), ревакцинация с 18 месяцев, 20 месяцев и в 14 лет.

Закрепление нового материала

Вопросы для проверки:

1. Дайте определение заболевания. Назовите возбудителя ветряной оспы и его особенности?
2. Укажите: а) источник инфекции; б) пути передачи ветряной оспы?
3. Дайте характеристику сыпи при ветряной оспе?
4. Опишите клиническую картину ветряной оспы?
5. Перечислите лабораторные методы исследования, подтверждающие диагноз ветряная оспа?
6. Возможные осложнения ветряной оспы?
7. Назовите основные принципы лечения?
8. Дайте определение эпидемический паротит. Укажите возбудителя заболевания?
9. Назовите: а) источник инфекции; б) механизм передачи; в) входные ворота возбудителя?
10. Опишите клиническую картину заболевания?
11. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз паротит?
12. Назовите основные принципы лечения?
13. Как осуществляется профилактика заболевания? Какие мероприятия проводятся в очаге?