

ДЕПАРТАМЕНТОСВІТИ І НАУКИ
ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ)
ЗАКЛАД ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ОСВІТИ
«КИЇВСЬКИЙ ФАХОВИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ № 3»

Електронний посібник
теоретичних занять
з дисципліни
«Інфектологія з основами епідеміології»

Підготувала викладач Дельва О.В.

Зміст

Тема 1. Основні відомості про інфектологію. Методи діагностики інфекційних хвороб. Основні принципи лікування хворих на інфекційні хвороби. Догляд за хворими.

Тема 2. Поняття про епідемічний процес. Структура і режим інфекційної служби. Основи профілактики інфекційних хвороб. Охорона праці та особиста безпека під час роботи в інфекційних відділеннях та акушерських стаціонарах. Охорона праці в галузі

Тема 3. Черевний тиф. Сальмонельоз. Шигельоз. Холера

Тема 4. Ботулізм. Харчові токсикоінфекції. Вірусні гепатити.

Тема 5. Гострі респіраторні вірусні інфекції. Герпесвірусні інфекції. Дифтерія. Менінгококова інфекція.

Тема 6. Малярія. ВІЛ-інфекція. СНІД. Правець. Сказ. Лептоспіроз.

Тема 7. Сибірка. Токсоплазмоз. Туляремія.

Тема 1. Основні відомості про інфектологію. Методи діагностики інфекційних хвороб. Основні принципи лікування хворих на інфекційні хвороби. Догляд за хворими.

Короткий конспект теоретичного матеріалу

Інфекційний процес - це проникнення і розмноження мікроорганізмів в макроорганізмі (організмі людини або тварини). Інфекційний процес у подальшому переходить в інфекційну хворобу або бактеріоносійництво.

Інфекційний процес складається з трьох факторів, що взаємодіють між собою :

- 1) збудник
- 2) макроорганізм
- 3) зовнішнє середовище.

Збудниками інфекційних хвороб можуть бути бактерії, віруси, патогенні гриби, спірохети, простіші, мікоплазми, пріони.

Щоб викликати інфекційний процес збудник повинен мати такі властивості:

- 1) патогенність - це здатність мікробів викликати патологічний процес
- 2) вірулентність - це ступінь патогенності, яка може змінюватись в залежності від умов зовнішнього середовища
- 3) інвазивність - властивість проникати в організм та розповсюджуватись в ньому
- 4) токсигенність - властивість збудника накопичувати та виділяти токсини.

Макроорганізм відповідає на проникнення інфекції в організм рядом процесів. Існує ряд факторів, що захищають організм від агресії збудників. Ці фактори можуть бути специфічними та неспецифічними.

Стан несприятливості організму до інфекції називається іmunітетом.

Зовнішнє середовище — впливає на мікроорганізми та на макроорганізми. Це такі фактори впливу : температура, вологість, радіація, хімічний склад повітря, соціальний рівень суспільства тощо.

Інфекційна хвороба - крайня міра інфекційного процесу, при якій виникають пошкодження організму та порушення його нормальної життєдіяльності.

Інфекційні хвороби мають такі особливості

- 1) наявність збудника - мікроба, або його токсину (етіологія)
- 2) заразність
- 3) схильність до поширення (епідемії, пандемії)
- 4) циклічність перебігу
- 5) формування імунітету.

Етіологія - інфекційну хворобу викликають мікроби або їх токсини. Мікроби потрапляють в організм людини через входні ворота, це може бути шлунково-кишковий тракт (кишкові інфекції), слизові оболонки верхніх дихальних шляхів (респіраторні інфекції), шкіра та слизові оболонки (ранові інфекції), кров (кров'яні інфекції).

Екзотоксин - виділяється мікробом під час його життєдіяльності (ботулізм, правець, дифтерія). Ендотоксин - виділяється лише під час руйнування бактеріальних клітин, тому на початку етіотропної терапії, коли гине багато збудників, наростає інтоксикація (головний біль, ломота в тілі, головокружіння). Циркуляція токсинів в крові називається токсемією, циркуляція мікробів в крові - бактеріємією.

Циклічність перебігу - це певна послідовність розвитку, наростання і спаду симптомів хвороби. У перебігу інфекційної хвороби розрізняють такі періоди

- інкубаційний період - скритий, від моменту проникнення мікроба в організм до перших клінічних проявів хвороби; в цей час відбувається розмноження мікробів, накопичення їх та поширення в організмі; тривалість його від кількох хвилин (стафілококова інтоксикація) до кількох років (СНІД);

продромальний період - від перших провісників хвороби до специфічних клінічних проявів, провісниками бувають головний біль, слабкість, порушення сну та апетиту, субфебрилітет - явища інтоксикації;

період розпалу хвороби - виникають специфічні зміни, що характерні тільки для певної хвороби (пронос, блювання, судоми, висип на шкірі, характерна температурна крива), в цей період можна поставити діагноз, заразність найвища;

реконвалесценція - поступове видужування; інколи можливий повтор хвороби - рецидив ранній (через 5-20 діб після видужування) або пізній (через 20-30 діб та навіть кілька років).

Інколи людина клінічно видужала, але в її організмі продовжують циркулювати мікроби, цей стан називається *бактеріоносійництво*.

Формування імунітету - існує два типи імунітету: СПАДКОВИЙ та НАБУТИЙ.

СПАДКОВИЙ або видовий імунітет - це вроджена, спадкова несприйнятливість людей до деяких інфекційних хвороб (ящур, курячий грип, собача чума).

НАБУТИЙ - поділяється на природний та штучний.

НАБУТИЙ ПРИРОДНИЙ імунітет може бути активним та пасивним.

ПРИРОДНИЙ АКТИВНИЙ імунітет людина набуває після перенесення інфекційних хвороб (віспа, коклюш, кір), коли може виникнути стійкий, нерідко довічний імунітет.

ПРИРОДНИЙ ПАСИВНИЙ імунітет набуває дитина від матері внутрішньоутробно, коли материнські антитіла передаються через плаценту, або новонародженому через молоко матері. Цей імунітет утримується 3-4

місяці після народження.

Саме тому новонароджені не хворіють на дифтерію, ГРВІ.

ШТУЧНИЙ імунітет також буває активним та пасивним.

ШТУЧНИЙ АКТИВНИЙ імунітет - набувається шляхом профілактичної імунізації. Людина набуває несприятливості до певної хвороби, якщо підшкірно ввести забиту культуру збудника (вакцину). У відповідь на введення організм активно виробляє специфічні антитіла. У випадку повторного попадання патогенних бактерій в організм людини, вони будуть зв'язані і нейтралізовані антитілами. Людина не захворіє, або хвороба перебігатиме в легкій формі.

ШТУЧНИЙ ПАСИВНИЙ імунітет - набувається при введенні в організм сироватки крові та у- глобуліну, вони містять антитіла (антитоксини).

Тривалість штучного імунітету завжди менша, ніж природного. Він зберігається від декількох місяців до кількох років.

Класифікація інфекційних хвороб (за Громашевським Л.В.).

В основу покладено два чинники: вхідні ворота збудника та механізм зараження. В залежності від цього всі інфекційні хвороби діляться на 4 групи.

1. Кишкові інфекції

У) локалізація збудника - шлунково-кишковий тракт

Б) механізм зараження - фекально-оральний (сальмонельоз, черевний тиф, дизентерія, ботулізм, холера, вірусний гепатит А тощо).

2. Дихальні інфекції

А) слизова оболонка дихальних шляхів

Б) повітряно-крапельний (грип, вітряна віспа, кір, коклюш, дифтерія, менінгококова інфекція тощо).

3. Кров'яні (трансмисивні) інфекції

А) кров'яне русло

Б) трансмісивний, наявність переносника - воші, блохи, комарі, кліщі, москити (малярія, висипний тиф, чума, кліщовий енцефаліт).

4. Інфекції зовнішніх покривів

А) пошкоджена шкіра

Б) контактний (сказ, сибірка, правець, бешіха тощо).

За іншою класифікацією інфекційні хвороби діляться на

1) антропонози - передаються від людини людині;

2) зоонози - передаються від хворої тварини до людини.

Особливості медсестринського процесу при інфекційних хворобах

Медсестринський процес при інфекційних хворобах - це науково обґрунтований метод сестринської практики, що застосовується шляхом виявлення проблем інфекційного хворого, планування та реалізації сестринського догляду з метою надання йому якісної долікарської допомоги, прийнятною і для пацієнта і для медсестри.

Завданнями є:

1. Збір інформації про інфекційного хворого.
2. Визначення всіх потреб пацієнта в різні періоди інфекційної хвороби.
3. Виявлення першочерговості пріоритетів в медсестринському обслуговуванні.
4. Складання плану медсестринського догляду та його реалізація.
5. Оцінка ефективності процесу догляду за інфекційним хворим і досягнення мети медсестринського догляду.

Медсестринський процес здійснюється безперервно і особливо динамічно при догляді за інфекційними хворими.

Обов'язкові етапи медсестринського процесу при інфекційному захворюванні:

1. Обстеження інфекційного хворого.
2. Формулювання медсестринського діагнозу.
3. Планування допомоги інфекційного хворому.
4. Реалізація медсестринського процесу.
5. Оцінка ефективності догляду та при необхідності його корекція.

Діагноз інфекційного захворювання ставиться з урахуванням епіданамнезу, клінічних симптомів та результатів лабораторного дослідження.

Епіданамнез - хворого детально розпитують де, як, коли, при яких обставинах могло відбутись зараження; через які фактори передачі відбулось зараження; виявляють контактних осіб, професію хворого, перенесені раніше інфекційні хвороби, щеплення, чи були виїзди в небезпечні по інфекціям зони, умови життя.

Клінічні зміни -

переважна більшість інфекційних хвороб характеризується гарячкою, висипом на шкірі, токсичними змінами з боку органів та систем.

Заключний діагноз інфекційного захворювання встановлюється за допомогою лабораторних методів, які поділяються на 2 групи:

- прямі - прямого виявлення збудника в організмі хворого;
- непрямі – виявляємо кінцевий результат дії збудника на організм.

До прямих методів лабораторної діагностики відносяться:

- Бактеріоскопічний - виявлення збудника у досліджуваному матеріалі за допомогою мікроскопа.
- Бактеріологічний - посів досліджуваного матеріалу на живильні середовища та виділення чистої культури збудника.
- Біологічний - введення досліджуваного матеріалу лабораторним тваринам.

До непрямих методів діагностики відносяться:

- Серологічні реакції - засновані на взаємодії антитіл, що виробляються в

організмі людини з певним діагностикомом. До них відносяться реакція аглюти-нації, преципітації, РПГА, РИГА, лізису, РЗК.

- Шкірно-алергічні діагностичні проби.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРИХ

На сьогоднішній день основним та найефективнішим методом є комплексне лікування інфекційних хворих, яке включає в себе *етіотропну, імуно-, патогенетичну та симптоматичну терапію*. На перше місце в цьому переліку виходить *етіотропне* лікування. Це лікування передбачає вплив на збудника і його токсини : знищення, нейтралізацію і видалення з організму збудника та продуктів його життєдіяльності. Етіотропне лікування побудоване на принципі застосування антибіотиків, фторхінолонів, сульфаніламідних препаратів, похідних нітрофурану, оксихіноліну, налідіксової кислоти, протипротозойних, протигельмінтних , протівірусних засобів. Також специфічним є *вплив на імунологічний статус* організму за допомогою імунотерапії. Нижче ми детально розглянемо ці види лікування.

Патогенетичне лікування

Ефективність лікування інфекційних хворих значно залежить від правильного вибору адекватних методів патогенетичного лікування. Патогенетичне лікування при деяких хворобах є провідним: холера, печінкова енцефалопатія, період залишкових явищ при поліомієліті, енцефалітах тощо. Основні напрями патогенетичної терапії — застосування засобів протизапальної, десенсибілізуючої, дезінтоксикаційної дії, відновлення гомеостазу, усунення порушень функції внутрішніх органів.

Протизапальні та десенсибілізуючі засоби. До протизапальних засобів належать перш за все глюкокортикостероїди, а також нестероїдні препарати протизапальної дії — ацетилсаліцилова кислота, амідопірин, анальгін, бутадіон, індометацин, мефенамова кислота тощо, до десенсибілізуючих — також глюкокортикостероїди та антигістамінні засоби — димедрол, фенкарол, дипразин (піпольфен), супрастин, тавегіл, цитрин та ін.

Дезінтоксикаційні засоби — кристалоїдні розчини, реополіглюкін, реосорбілакт, реоглюман, альбумін, полідез та ін. Вони мають замісну дію, сприяють корекції порушень мікроциркуляції, білкового дефіциту, створюють протишоковий ефект.

Регідратапійна терапія - полііонні буферні розчини ("Квартасоль", "Трисоль", "Дисоль", "Ацесоль", "Хлосоль", "Лактасоль") коригують водно-електролітний і кислотно- основний дисбаланс.

Патогенетична терапія набуває провідного значення у хворих на холеру, харчові бактеріальні отруєння, вірусний гепатит, а також у разі набряку головного мозку, інфекційно- токсичного шоку, ДВЗ-синдрому та інших станів.

Імунотерапія

Специфічна пасивна імунотерапія (серотерапія). Серотерапія — метод лікування, що ґрунтується на введенні хворому препаратів, які містять

антитіла проти збудника хвороби або його токсинів. Специфічні антитіла, що застосовують з лікувальною метою, випускаються промисловістю у вигляді імунних сироваток або активних в імунному відношенні фракцій — імуноглобулінів. Ці антитіла забезпечують ефект безпосередньо після введення і мають велике значення для екстреного лікування хворих, тому серотерапію прирівнюють до етіотропної (специфічної) терапії.

Препарати для серотерапії виготовляють із людської крові (*гомологічні*) або крові тварин (*гетерогенні*). Гомологічні імунні препарати мають певні переваги над гетерогенними у зв'язку з тривалішою (до 1—2 міс) їх циркуляцією в організмі й відсутністю у них побічних ефектів. Сироватки та імуноглобуліни, які виготовлені з крові тварин, діють порівняно недовго (1—2 тиж) і частіше спричиняють побічні реакції. До гомологічних сироваток (імуноглобулінів) належать протигрипозні, противіспові, проти стафілококові, протиправцеві, проти кліщового енцефаліту.

Неспецифічна пасивна імунотерапія. Вона використовується в основному в гострий період інфекційних захворювань, проти збудників яких не розроблені або з деяких причин відсутні імунні сироватки (імуноглобуліни) — при тяжкій формі черевного тифу, шигельозу та інших хворобах бактеріальної етіології. Одним із способів неспецифічної пасивної імунотерапії є трансфузії свіжої донорської крові (по 100—150—200 мл на добу), але існує багато протипоказань до її проведення, тому цей спосіб використовують дуже рідко.

Специфічна активна імунотерапія. Полягає в застосуванні препаратів, виготовлених з антигенів збудників захворювання — *вакцин*. Використання їх у гострий період інфекційних хвороб протипоказане, бо вони збільшують імунодепресивний ефект, зумовлений інфекційним процесом. Вакцини слід призначати у період ремісії хвороби для забезпечення й формування повноцінного імунітету, здатного запобігти розвитку рецидивів, або при затяжному й хронічному перебігу з незначними клінічними проявами інфекційного процесу (шигельоз, стафілококова інфекція, орнітоз тощо). Лікувальні вакцини застосовують внутрішньовенне, внутрішньо м'язово, підшкірне і внутрішньо шкірно. Найефективнішим способом є внутрішньошкірний. З *анатоксинів* для лікування найчастіше застосовують стафілококовий.

Імунокорекція (і му но модуляція). Імунокорекція — це варіант імунотерапії, який передбачає зміну імунітету завдяки впливу на механізми його регуляції. Речовини, які використовують для цього, мають імуностимулюючу (індуктори інтерферонів, левамизол, препарати загруднинної залози та їхні аналоги), імунодепресивну (глюкокортикоїди, деякі антибіотики — левоміцетин) та цитостатичну дію (протилімфоцитарна сироватка).

Імунодепресивна терапія. У деяких випадках виникає потреба в застосуванні *імунодепресивної терапії* (автоімунний гепатит, локомоторна форма хронічного бруцельозу тощо). З препаратів, яким властива

Імунодепресивна дія, широко застосовують глюкокортикостероїди (преднізолон тощо), значно рідше — азатіоприн (імуран) та антилімфоцитарний у-глобулін.

Симптоматичне лікування

Знеболювальні засоби. Це різні за хімічною будовою та механізмом дії лікарські речовини, основне місце серед яких займають аналгетичні засоби (анальгетики).

Антисептичні засоби. Це лікарські засоби, що мають протимікробну дію і призначені головним чином для місцевого застосування — нанесення на шкіру та слизові оболонки. Вони різноманітні за хімічною будовою, фізико-хімічними властивостями і протимікробною активністю.

Гіпотензивні засоби. Це лікарські засоби, що знижують артеріальний тиск. Здебільшого вони знижують тонус кровоносних судин, що сприяє їх розширенню й зниженню артеріального тиску. Крім того, як гіпотензивні використовують сечогінні засоби, які сприяють виведенню з організму іонів (переважно натрію) і води.

Жарознижувальні засоби. Це лікарські препарати, які знижують температуру тіла при гарячкових станах. Температура тіла при гарячці, незалежно від причини її виникнення, піднімається через порушення балансу між теплопродукцією та тепловіддачею за рахунок переважання першої. Жарознижувальні препарати здебільшого підвищують тепловіддачу. До них належать синтетичні препарати з групи ненаркотичних анальгетиків: ацетилсаліцилова кислота, анальгін, парацетамол та ін.

Протизапальні засоби. Запальні процеси можна ослабити лікарськими засобами різної хімічної будови.

Проносні засоби. Це лікарські речовини, які посилюють перистальтику (хвилеподібне скорочення м'язової стінки) кишки і тим самим прискорюють її випорожнення. Проносні призначають при закрепах, для прискорення випорожнення при отруєннях речовинами, вжитими всередину, а також під час підготовки до обстеження та перед операціями на травному тракті.

Заспокійливі (седативні) препарати. Ці лікарські засоби впливають переважно на психічні функції та емоційну сферу людини. До заспокійливих належать деякі сполуки брому (броміди), препарати валеріани, собачої кропиви та ін. Їхній ефект проявляється головним чином у зменшенні дратівливості, поліпшенні настрою, нормалізації сну.

ЛІТЕРАТУРА:

А.В.Чорновіл, Р.Ю.Грицко, С.А.Лищенко «Клінічне медсестринство в інфектології». ВСВ «Медицина», 2010., стр.7-55.

Тема 2. Поняття про епідемічний процес. Структура і режим інфекційної служби. Основи профілактики інфекційних хвороб. Охорона праці та особиста безпека під час роботи в інфекційних відділеннях та акушерських стаціонарах. Охорона праці в галузі.

Короткий конспект теоретичного матеріалу

Епідемічний процес - це поширення інфекції у суспільстві. Процес виражається епідемічними вогнищами з одним або кількома хворими і носіями.

Епідемічне вогнище - це територія на якій може відбуватись передача інфекції від хворої до здорової людини. Безперервність перебігу епідпроцесу зумовлена взаємодією трьох обов'язкових ланок інфекції:

- 1) джерела інфекції
- 2) механізму передачі
- 3) сприйнятливості до інфекції організму.

Якщо одна з ланок випадає - епідпроцес припиняється.

Джерело інфекції - це заражена людина або тварина в організмі якої збудники розмножуються, нагромаджуються і тим чи іншим шляхом виділяються назовні. Джерелом може бути як хворий так і бактеріоносіє. Заразність найвища у розпалі хвороби, коли іде масивне виділення збудника. Особливу небезпеку становлять хворі з стертою або безсимптомною формами інфекції. Медперсонал повинен активно їх виявляти та відсторонювати від роботи на харчових підприємствах, у дитячих та лікувальних закладах (декретована категорія).

Інфекції властиві тільки людям - антропонози, а коли хворіють люди і тварини - зоонози (антропозоонози). Механізм передачі збудника - це спосіб переходу збудника з зараженого організму в незаражений.

Складається з трьох послідовних ланок:

- виведення збудника з джерела інфекції
- перебування збудника у зовнішньому середовищі
- проникнення в незаражений організм.

Виділяється збудник може з сечею, калом, харкотинням, слиною, потом, молоком матері, спермою, кров'ю та іншими біологічними субстратами. У зовнішньому середовищі збудник потрапляє на різні об'єкти оточуючого середовища (предмети побуту, харчові продукти, воду, лікарський інструментарій тощо) , або в організм проміжного хазяїна.

Об'єкти зовнішнього середовища через які передається інфекція називаються факторами передачі.

Збудники хвороб передаються такими шляхами :

1. повітряно-крапельним
2. повітряно-пиловим
3. водним
4. харчовим
5. контактено-побутовим
6. трансмісивним
7. статевим
8. парентеральним
9. трансфузійним
10. контактним
11. внутрішньоутробним.

Механізми зараження за Громашевським Л.В.:

1. Повітряно-краплинний - аерозольний, характерний для дитячих інфекцій, ГРВІ.
2. Фекально-оральний - фекаліями забруднені вода, харчові продукти, предмети побуту , характерний для групи кишкових інфекцій.
3. Контактний - при локалізації збудника на шкірі та слизових оболонках, характерний для сибірки, туляремії, венеричних захворювань, СНІДу.
4. Артифіціальний - штучно створений, через медичний інструментарій, зустрічається при вірусному гепатиті В, СНІДі.
5. Трансмісивний - інфекцію переносять воші, блохи, комарі тощо.

Загальні принципи профілактики інфекційних хвороб

Діляться на: *профілактичні та протиепідемічні.*

Профілактичні : загально-санітарні, карантинні та направлені на підвищення опірності населення інфекціям.

Загально-санітарні - контроль дотримання правил комунальної гігієни, гігієни харчування, підвищення санітарної освіти населення.

Карантинні заходи - спрямовані на запобігання виносу інфекції з вогнища.

Підвищення опірності організму - поліпшення матеріально-побутових умов життя, харчування, культури, активна планова імунізація.

Заходи спрямовані на знешкодження джерела інфекції.

- Виявлення хворого або носія та звільнення його від збудника.
- Ізоляція хворого, знищення хворої тварини.
- За контактними встановлюється нагляд протягом максимального інкубаційного періоду.
- Заповнення карти термінового повідомлення.

- Перевезення хворого на спеціальному санітарному транспорті.
- Етіотропне лікування хворих та бактеріоносіїв.
- Дератизація.
- Санітарна охорона державного кордону.

Заходи спрямовані на переривання шляхів передачі інфекції.

- дезінфекція поточна та заключна.

Використання фізичних, хімічних та біологічних методів дезінфекції.

Фізичні - витрушування, вибивання, провітрювання, миття, фільтрація, УФО.

Хімічні - використання дезрозчинів (хлорного вапна, хлораміну, лізолу, крезолу тощо). Біологічні - використання в очисних спорудах бактерій, які знищують патогенну флору.

Дезінфекція - знищення членистоногих комах.

Заходи спрямовані на підвищення несприйнятливості інфекціям.

- Підвищення неспецифічного імунітету - закаливання, вітамінізовані їжа, заняття спортом.
- Підвищення специфічного імунітету - активна та пасивна імунізація.

Для активної імунізації використовують вакцини: живі вакцини інактивовані хімічні анатоксини.

Живі вакцини створюють стійкий імунітет, вводяться однократно. Інактивовані - менш стійкий, вводять 2-3 рази.

Для пасивної імунізації використовують сироватки та імуноглобуліни. Сироватки бувають гомологічні та гетерологічні, які готують з крові імунованих тварин. Гетерологічні сироватки вводяться етапно за методом Безредко. Їх використовують для лікування хворих. Організація щеплень.

Щеплення проводять за такими показниками:

- планово за календарем щеплень
- щеплення людей професії яких пов'язані з небезпекою захворювання на інфекційні хвороби
- щеплення, що проводять з причин які з'явилися раптово (проти сказу, грипу, холери).

Вакцини зберігають в холодильнику, перед введенням перевіряють цілісність флакону, прозорість, відсутність осаду, термін придатності, наявність номеру та серії.

Вводиться вакцина лише в спеціальному кабінеті поліклініки, при відсутності протипоказників та повному здоров'ї. Заповнюють спеціальну форму №63 на кожну дитину. Всі щеплення реєструються в журналі щеплень №64.

ЛІТЕРАТУРА:

А.В.Чорновіл, Р.Ю.Грицко, С.А.Лищенко «Клінічне медсестринство в інфектології». ВСВ «Медицина», 2010., стр.7-55.

Тема 3. Черевний тиф. Сальмонельоз. Шигельоз. Холера

Короткий конспект теоретичного матеріалу

Черевний тиф - гостра інфекційна хвороба, що спричинюється паличкою черевного тифу, має фекально-оральний механізм передачі і характеризується симптомами загальної інтоксикації, типовою гарячкою та бактеріємією з ураження усього лімфатичного апарату організму, переважно травного каналу, насамперед дистального відділу клубової кишки.

Етіологія - збудник черевного тифу *Salmonella Typhimurium*, паратифу - *Salmonella paratyphi A et B*, належать до роду сальмонел, родини ентеробактерій. Рухливі, мають форму паличок, джгутики, добре ростуть на живильних середовищах, що містять жовч, виробляють ендотоксин. Мають O - соматичний а/г, H - джгутиковий а/г та Vi - а/г вірулентності.

Стійкі до факторів зовнішнього середовища, у ґрунті зберігається до 9 місяців, у воді - 4 тижні, у фекаліях близько року. Добре зберігаються та розмножуються у м'ясних та молочних продуктах, на фруктах і овочах, у сирі, маслі, хлібі. Витримують низькі

температури, при кип'ятінні та під дією дезрозчинів гинуть через декілька хвилин.

Епідеміологія - джерелом інфекції є хвора людина та бактеріоносії. Хворі виділяють збудника з сечею, калом, слиною та молоком. Виділення починається з кінця інкубаційного періоду, максимальне в період розпаду, зменшується при видужуванні, може залишатись бактеріо-носіїництво. Розрізняють гостре, хронічне та транзиторне бактеріо-носіїництво. Жінки є носіями частіше. Виділяють збудника з калом.

Механізм зараження - фекально-оральний. Шлях зараження - водний, харчовий, контактено-побутовий. Кожен з них може привести до епідемії.

Властива літньо-осіння сезонність. Імунітет після захворювання стійкий.

Клініка - інкубаційний період триває 5-25 днів (найчастіше 10-15 днів).

Початковий період - початок поступовий, температура до 5 доби підвищується до високих цифр, турбує слабкість, головний біль,

порушення сну та апетиту, схильність до запорів. Спостерігається блідість шкіри, язик збільшений з відбитками зубів, кінчик та краї вільні від нальоту (черевнотифозний язик), печінка та селезінка палькуються, у правій здухвинній ділянці при пальпації відмічається бурчання, відмічається відносна брадикардія, сухе покашлювання.

Розпал хвороби - температура встановлюється на високих цифрах з добовими коливаннями біля 1°C, спостерігається інтоксикація та всі вищезазначені симптоми. У окремих випадках виникає тифозний статус, на 8-10 день з'являється типовий розеолезний висип на передній черевній стінці та на бокових поверхнях грудей, елементи поодинокі, метеоризм, запор може змінюватись проносом, біля ліжка відчувається запах аміаку.

На третій добі захворювання можливі ускладнення :

кишкова кровотеча - стан хворого погіршується, наростає слабкість, температура та АТ знижується, тахікардія, “температурно-пульсові ножиці”, в калі кров.

перфорація кишок - виникає “кинджальний” біль у животі, симптоми гострого живота, стан погіршується.

Гострий період хвороби утримується 10-15 діб.

Період видужування - період відновлення функцій.

Сестринська оцінка загального стану хворого на черевний тиф.

5. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку⁷, активність, адекватність, стан свідомості, порушення сну.
6. Стан гемодинаміки - артеріальний тиск, пульс.
7. Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.
8. Стан шкіри та склер, висипи на шкірі.
9. Диспепсичні явища - відраза від їжі, метеоризм, послаблення стулу або закрепи.

Діагностика -

- 3) клініка
- 4) епіданамнез
- 5) гемо культура в перші дні хвороби, 5-10 мл крові на жовчний бульйон
- 6) копрокультура з другого тижня
- 7) урінокультура з третього тижня
- 8) білі культура
- 9) серологічні реакції - РИГА, реакція Відаля з 7 дня хвороби, діагностичний титр 1 : 200.

Лікування -

12. обов'язкова госпіталізація
13. суворий постільний режим до 10 дня нормальної температури
14. дієта № 4, 46
15. антибіотики : левоміцетин по 0,5 г 4-6 раз на добу до 12 дня нормальної температури; можна ампіцилін, бактрим, фуразолідон
16. ністатин
17. антигістамінні (димедрол, піпольфен)
18. дезинтоксикаційна терапія (глюкоза 5% з аскорбіновою кислотою, гемодез,

розчин альбуміну)

19. серцеві препарати

20. при кровотечі - суворий постільний режим, на 12-24 години відмінюють їжу, холод на живіт, вікасол, амінокапронова кислота, переливання цільної крові, холодне пиття

21. виписують з стаціонару при клінічному видужування, але не раніше 21-23 дня нормальної температури при негативних результатах посіву калу, сечі та жовчі.

Догляд - забезпечення індивідуального поста біля важкохворих вимірювання Ре, АТ, С кожних 6 год.

розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою надання інформації пацієнту щодо необхідності дотримання суворого ліжкового режиму та дієти

- при гарячці застосування міхура з льодом до області скронь, обтирання шкіри напівоцтовим розчином

при метеоризмі постановка газовідвідної трубки догляд за шкірою та слизовими оболонками зміна натільної та постільної білизни при загрозі колапсу підняти ніжний кінець запобігати приєднанню вторинної інфекції профілактика пневмонії профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції догляд при блюванні та проносі знезараження виділень, поточна та заключна дезінфекція сан освітня бесіда з пацієнтом та його родиною по профілактиці кишкових

Профілактика –

- рання діагностика, госпіталізація та лікування хворих
- дезінфекція поточна та заключна
- термометрія та нагляд за контактними протягом 21 дня, посіви сечі інфекцій.
- загально санітарні міри - покращення водопостачання, каналізації,
- боротьба з мухами, сан нагляд за підприємствами харчової промисловості
- виявлення та лікування бактеріоносіїв.

Сальмонельоз - гостра інфекційна хвороба, яка належить до бактеріальних зоонозів, спричиняється бактеріями роду сальмонела, передається найчастіше через продукти харчування, характеризується ураженням травного каналу, рідше тифоподібним або септичним перебігом.

Етнологія - збудник сальмонела, нараховують більше 2000 сероварів, за антигенною структурою розрізняють типи А, В, С, І, Е, з них нараховують іще 60 видів та груп.

Добре зберігається у зовнішньому середовищі: у воді - 4 місяці, у яйцях - 1 рік, у м'ясі при Т 0°C - 140 днів, у молоці - 3 тижні. Гине при кип'ятінні та під дією дезрозчинів через 5 хвилин.

Епідеміологія - джерелом інфекції можуть бути:

- 1) хвора тварина (свійська, дика)
- 2) водо плаваючі птахи
- 3) хвора людина
- 4) бактеріоносії.

Виділяється назовні з сечею, молоком, слиною, фекаліями.

Механізм передачі:

- 1) фекально-оральний
- 2) рідше контактно-побутовий.

Фактори передачі:

- м'ясо недостатньо термічно оброблене
- в'ялена риба та рибопродукти
- салати
- молоко, молокопродукти
- яйця термічно не оброблені
- предмети догляду за хворим
- вода
- кондитерські вироби
- немиті фрукти.

У пологових будинках надзвичайно небезпечні випадки сальмонельозу, так у пологовому будинку №22 м. Києва у 1996 році загинуло 18 новонароджених. Джерелом інфекції виявилась санітарка, що була носієм сальмонельозу.

Захворювання має літньо-осінню сезонність.

Класифікація -

1. Гастроінтестинальна форма

А)гастрит

Б) гастроентерит

В)гастроентероколіт.

2. Тифоподібна.

3. Септична.

4. Безсимптомна.

5. Бактеріоносіїництво

А)гостре (до 3 місяців)

Б) хронічне (більше 3 місяців)

В)транзиторне.

Клініка - інкубаційний період від 6 годин до 3 діб, частіше 12-24 години. Початок гострий, нерідко виникає озноб, Т підвищується до 38°C, явища інтоксикації (головний біль, запаморочення, слабкість), з'являється біль у надчеревній ділянці, навколо пупка, нудота, буває блювання - водянисте з домішкою жовчі, швидко приєднується пронос, калові маси зеленкуваті, пінисті, іноді з домішкою слизу та крові. При огляді - язик сухий обкладений білим нальотом, живіт здутий, бурчить при пальпації, болючий у надчеревній ділянці, печінка та селезінка збільшені.

Пронос триває 2-4 дні, при сильній дегідратації можливі судоми литкових м'язів, аритмія, у важких випадках інтоксикації - колапс.

У типових випадках тривалість хвороби 3-5 днів.

Сестринська оцінка загального стану хворого на сальмонельоз:

- Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, адекватність, стан свідомості, порушення сну.
- Стан гемодинаміки - артеріальний тиск, пульс.
- Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.
- Колір шкіри та склер, висипи, сухість шкіри та слизових оболонок..
- Диспепсичні явища - відраза від їжі, нудота, блювання, пронос, кількість випорожнень,

наявність домішок у випорожненнях.

Діагностика –

- Клініка, епіданамнез
- бактеріологічне дослідження - посіви фекалій, блювотних мас, промивних вод шлунку, залишків їжі, при важкому перебігу - крові, сечі, жовчі на середовище Плоскірєва та вісмутсульфатний агар до початку етіотропної терапії
- серологічні реакції з 5 дня хвороби.
- Експрес-метод - імунофлюоресценції.

Лікування –

- госпіталізація за клінічними та епіпоказниками
- дієта № 4 (слизові супи, чай, сухарі)
- промивання шлунку 2% розчином гідрокарбонату натрію або слабо рожевим розчином марганцю до чистих промивних вод (першу порцію промивних вод беруть для бактеріологічного дослідження)
- постановка очисної клізми, сорбенти ("Ентеросгель", активоване вугілля), сольові проносні засоби
- регідратаційна терапія - у легких випадках пити розчин "Ораліт" (3,5 гр хлориду натрію; 2,5 гр бікарбонату натрію; 1,5 гр хлориду калію; 20 гр глюкози на 1 літр води) або "Регідрон" по чайній ложці кожних 5 хвилин у кількості, що в півтора рази перевищує кількість втраченої рідини за минулу добу (визначають шляхом зважування пацієнта 1 раз на добу)
- при важкій дегідратації в/в краплинно сольові розчини "Квартасіль", "Ацесіль", "Лактасіль", "Філіпс-1", "Філіпс", р-н "Рінгера".

Якщо хворий втратив 6-10% маси тіла - в/в струминно 80-120 мл за хв у підігрітому вигляді; далі - внутрішньовенно краплинно до закінчення блювання та стабілізації гемодинаміки

- антибіотики призначають лише при тяжкому перебігу та дітям раннього віку левоміцетин 2 г на добу

ампіцилін 2-4 г 6 раз на добу цефалоспори́ни протягом 5-6 діб

- при всіх формах

фуразолідон по 1 г 4 рази на добу 5 діб або ніфуроксазід

- ферменти

- метацил по 1 т. 3 рази на добу

- після курсу антибіотиків призначають курс пробіотиків - біфідумбактерін або бактисубтил

- при явищах інфекційно-токсичного шоку до інфузійних розчинів додають преднізолон від 60 до 300 мг на добу, допамін
- мезатон, норадреналін протипоказані!
- при загрозі набряку мозку – лазикс серцево-судинні засоби.

Догляд- збирання виділень у напівпрозорий градуйований посуд для визначення добових затрат зважування хворого 1 раз на добу вимірювання РБ, АТ, 1° кожних 6 год. розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою догляд за шкірою та слизовими оболонками зміна натільної та постільної білизни при загрозі колапсу підняти ніжний кінець запобігати приєднанню вторинної інфекції профілактика пневмонії профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції догляд при блюванні та проносізнезараження виділень, поточна та заключна дезінфекція сан освітня бесіда з пацієнтом та його родиною по профілактиці кишкових інфекцій.

Профілактика –

- ветеринарний нагляд за худобою
- правильне зберігання та транспортування м'яса
- маркування на кухнях досок для сирих та готових продуктів (м'яса та риби)
- кип'ятіння молока, зберігання в холодильнику за терміном
- не використовувати яйця водо плаваючих птахів
- виявлення носіїв сальмонельозу
- хворих виписують при негативних аналізах копро культури, матеріал беруть через 3 дні після відміни антибіотиків.

Дизентерія (шигельоз) - гостра інфекційна хвороба з фекально - оральним механізмом передачі, спричиняється різними видами шигел, характеризується загальною інтоксикацією, ураженням дистального відрізка товстої кишки (сигмовидної та прямої кишки), явищами геморагічного коліту, схильністю до хронічного перебігу.

Етіологія - збудник дизентерійна паличка, роду шигел, нерухлива, грамнегативна, добре росте на штучних середовищах, здатна проникати у клітини епітелію кишки та розмножуватись там.

Розрізняють 4 підгрупи шигел - підгрупа А(Sh.Dysenteriae)

Шигели стійкі у зовнішньому середовищі, зберігаються у молоці протягом 10 днів, у воді до місяця, у вологому ґрунті близько 40 днів, на сонці гине через 30-40 хвилин, при кип'ятінні відразу гинуть, під дією дезрозчинів через 1-3 хвилини.

Епідеміологія - джерелом інфекції є хворі на гостру або хронічну дизентерію люди або бактеріоносії. Хворі най-більш заразні в перші 3-4 дні хвороби. Найнебезпечнішими є бактеріоносії та хворі на стерті та легкі форми дизентерії.

Бактеріоносійництво розрізняють : гостре (протягом 3 мі-сяців), хронічне (понад 3 місяці), транзиторне.

Механізм зараження - фекально-оральний.

Шлях передачі - 1) водний; 2) харчовий; 3) контактнo-побутовий. (Див. таблицю) Хворіють частіше діти. Характерна літньо-осіння сезонність.

Клініка -

1. Гостра дизентерія (близько 3 місяців) :
 - 1) типова колітична форма;
 - 2) токсикоінфекційна (гастроентероколітична) форма;
2. Хронічна дизентерія (більше 3 місяців) :
 - 1) рецидивуюча;
 - 2) безперервна;
3. Бактеріоносійництво.

Інкубаційний період - від 1 до 7 діб (у середньому 2 -3 доби).

Гостра дизентерія - початок гострий, з'являється дис-комфорт у животі, млявість, головний біль, остуда, температура підвищується до 38 - 39°C., наростає інтоксикація. При легкому перебігу температура субфебрильна.

Виникають явища спастичного коліту : переймисті болі у нижній частині живота, переважно у лівій здухвинній ділянці, що супроводжують кожен акт дефекації. Фекалії рідкої консистенції, спочатку носять каловий характер, надалі нагадують грудочку слизу з домішкою крові та гною ("дизентерійній плювок"). Частота дефекацій може бути від 10 до 100 на добу. З'являються тенезми - тягнучі болі у області анусу, які виникають під час дефекації та на якийсь час залишаються після неї. Турбують несправжні позиви на низ, що не завершуються дефекацією. Може бути випадіння прямої кишки та зяяння анусу. При пальпації відмічається різка болючість сигмовидної кишки, пальпується у вигляді тяжу, провокує тенезми. Язик обкладений білим нальотом. Тони серця глухі, тахікардія. Хворі неспокійні, безсоння.

Період розпалу триває від 1 до 7-8 діб, видужування поступове. При недотриманні режиму та дієти, при хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту, при низькому рівні імунітету захворювання може набути хронічного перебігу.

Хронічний шигельоз - При рецидивуючому перебігу загострювання хвороби чергуються з ремісіями. У періоді загострювання турбують явища спастичного геморагічного коліту. При безперервній формі стан хворого постійно погіршується, з'являються розлади травлення, ознаки гіповітамінозу, анемії. Пронеси чергуються із запорами, постійний дискомфорт у животі, спастичні болі.

Сестринська оцінка загального стану хворого на шигельоз.

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, адекватність, стан свідомості, порушення сну.
2. Стан гемо динаміки - артеріальний тиск, пульс.
3. Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.
4. Колір шкіри та склер, блідість, ціаноз, липкий холодний піт, холодні кінцівки.

5. Характер випорожнень -домішок слизу, крові, гною, наявність тенезмів, кількість дефекацій за добу.

Діагностика -

- 1) клініка
- 2) епіданамнез
- 3) копрологія - посів калу до початку антибіотик терапії на середовище Плоскірева, Ендо, Левіна
- 4) серологічне дослідження (РИГА) з 5 доби хвороби у парних сироватках, діагностичний титр 1:100 для дизентерії Зонне та 1:200 для дизентерії Флекснера
- 5) ректороманоскопія в період видужування для виключення хронізації дизентерії.

Лікування -

- 1) дієта № 4 (4а), пізніше дієта № 15
- 2) фуразолідон по 0,15 г 4 рази на добу 7 днів
- 3) інтестопан по 3 таблетки 4 рази на добу 7 днів
- 4) бісептол по 2 таблетки 2 рази на добу 5-7 днів
- 5) при середньому та важкому перебігу призначаються антибіотики - левоміцетин по 0,5 г 4 рази на добу 3 дні або ампіцилін по 0,5 г 4 рази на добу 3 дні
- 6) дезінтоксикаційна терапія - в/в краплинно неогемодез 200 мл , реополіглюкін, поліглюкін
- 7) сольові розчини - “Квартасіль” в/в краплинно, пиття ораліту (на 1 літр питної перевареної води 3,5 г натрію хлориду; 2,5 г гідрокарбонату натрію; 1,5 г калію хлориду та 20 г глюкози)
- 8) спазмолітики (но-шпа)
- 9) антигістамінні
- 10) лікувальні клізми з відваром ромашки
- 11) ректальні свічки з левоміцетином
- 12) вітамінотерапія
- 13) імуностимулятори (метацил)
- 14) шлунковий сік, ацедин-пепсин, панкреатин, фестал
- 15) після антибіотиків курс бактисубтилу або біфідумбуктерину.

Догляд-

- збирання виділень у напівпрозорий градуйований посуд для визначення добових затрат
- зважування хворого 1 раз на добу вимірювання Рз, АТ, i° кожних 6 год.
- постановка лікувальної клізми з відваром ромашки розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою догляд за шкірою та слизовими оболонками догляд за областю ануса для профілактики мацерації та тріщин зміна натільної та постільної білизни при загрозі колапсу підняти ніжний кінець запобігати приєднанню вторинної інфекції профілактика пневмонії профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції догляд при блюванні та проносі знезараження виділень, поточна та заключна дезінфекція сан освітня бесіда з пацієнтом

та його родиною по профілактиці кишкових інфекцій.

Профілактика –

- дотримання правил санітарно-гігієнічних та санітарно-технічних норм і правил на підприємствах громадського харчування, у садках, школах тощо
- доброякісне водопостачання
- поточна та заключна дезінфекція у вогнищі
- щорічне обстеження декретованих категорій населення на кишкову групу інфекцій проведення освітньої роботи з населенням по профілактиці кишкових інфекцій.

ХОЛЕРА - це гостре карантинне інфекційне захворювання з фекально-оральним механізмом зараження, яке проявляється профузним блюванням та проносом з розвитком зневоднення, гіпотермією.

Етнологія - збудник холерний вібріон, у мазку нагадує кому, рухливий, грамнегативний. Живе у лужному середовищі, не витримує соляної кислоти, кип'ятіння та дії дезрозчинів. Витримує заморожування. За антигенною структурою існують вібріони Інаба, Огава та Гікошима. У великій кількості під мікроскопом нагадують зграю риб. У водоймищах, мулі, моллюсках та креветках довго зберігається і розмножується.

Епідеміологія - джерело інфекції:

- а) хвора людина
- б) вібріоносій.

Заразними є виділення та блювотні маси. Механізм зараження фекально-оральний. Шляхи зараження:

- а) водний
- б) контактно побутовий в) харчовий.

Фактори передачі - слабо посолена або в'ялена риба, м'ясні та молочні продукти, питна вода, овочі та фрукти, предмети побуту, брудні руки, мухи. Першими захворюють діти та літні люди, хворі на гастрит з пониженою кислотністю. Епідемії виникають у приморських містах при антисанітарії. На Україні вібріон виділяють у воді поблизу Одеси, Миколаєва, Херсона, Запоріжжя.

Клініка - інкубаційний період 1-6 діб. Початок гострий, раптово без нудоти починається блювання, блювотні маси рясні, за виглядом нагадують рисовий відвар. Так само раптово, без болю у животі та позивів, починається пронос, виділення спочатку мають каловий характер, надалі нагадують рисовий відвар із запахом риби або сирі картоплі.

Швидко розвивається зневоднення, ступінь якого і визначає важкість хвороби.

Виділяють 4 ступеня зневоднення: I, II, III, IV.

I ст. - блювання та пронос не частіше 2-5 раз на добу, втрата маси тіла до 3%. Самопочуття задовільне, специфічне лікування не потрібне.

II ст. - блювання та проноси 15-20 раз на добу, втрата рідини до 6% маси тіла. Виникає слабкість, спрага, сухість шкіри, сиплість голосу, поодинокі

судомисті скорочення м'язів литок кистей, стоп. Визначається тахікардія, гіпотонія, олігурія. Потрібне лікування.

III ст. - втрата маси тіла до 9%. Спрага, болючі судомні скорочення м'язів, ціаноз, гіпотермія, афонія, зниження тургору шкіри, олігоанурія, може бути колапс.

IV ст. - втрата маси тіла більше 9%. Важке зневоднення - холерний алгід. Безперервне блювання та пронос. Симптоми Ексикоза - загострення рис обличчя, симптом "окулярів", холодний липкий піт, "руки пралі", анурія, афонія, згущення крові. Необхідна термінова регідратація.

Ускладнення - ГПН, колапс, пневмонія, абсцеси, флегмони, бешиха, флебіти після масивної регідратації.

Лабораторна діагностика

- 1) посів калу та блювотних мас (за формою №30)
- 2) серологічні реакції

Лікування -

1) регідратація - при I та II ст. зневоднення пероральне введення глюкозо-сольових розчинів "Ораліт" та "Регідрон" в кількості, яка вдвічі перевищує кількість втраченої рідини, при необхідності - введення через назогастральний зонд. При зневодненні III та IV ст. парентеральне введення р-нів "Дисоль", "Трисоль", "Ацесоль", р-н Рінгера підігріті до 37°C струминою до нормалізації гемодинаміки, надалі крапельно.

2) Препарати капія, курага, банани, печена картопля.

3) При III та IV ст. зневоднення призначають антибіотики - тетрациклін по 0,3-0,5г або левоміцетин по 0,5г через кожних 6 год. протягом 5 діб.

Догляд -

- забезпечення карантинного режиму при ОНІ
- доставка матеріалу в лабораторію здійснюється в опломбованому біксі, у супроводі медсестри на спецтранспорті
- забір матеріалу по формі № 30
- збирання виділень у напівпрозорий градуйований посуд для визначення добових затрат
- зважування хворого 1 раз на добу вимірювання Рз, АТ, 1° кожних 6 год. розташування хворого на холерному ліжку догляд за шкірою та слизовими оболонками зігрівання хворого грілками при загрозі колапсу підняти ніжний кінець запобігати приєднанню вторинної інфекції профілактика пневмонії профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції догляд при блюванні та проносі знезараження виділень, поточна та заключна дезінфекція сан освітня бесіда з пацієнтом та його родиною по профілактиці кишкових інфекцій.

Умови виписки :

- після клінічного видужування
- посів виділень через 24 год. після антибіотик терапії - тричі негативний результат
- посів жовчі порцій В та С - один негативний результат
- декретовані групи - п'ять посівів випорожнень та один жовчі.

ЛІТЕРАТУРА:

А.В.Чорновіл, Р.Ю.Грицко, С.А.Лишенюк «Клінічне медсестринство в інфектології». ВСВ «Медицина», 2010., стр.316-325, 333-340, стр.298-307.

Тема 4. Ботулізм. Харчові токсикоінфекції. Вірусні гепатити.

Короткий конспект теоретичного матеріалу

Харчова токсикоінфекція (ХТІ) — гостре кишкове інфекційне захворювання, що виникає унаслідок вживання в їжу продуктів харчування, в яких відбулося накопичення різних мікробів і токсичних речовин, що утворюються в харчовому продукті в результаті життєдіяльності мікроорганізмів і розпаду самого продукту.

Етіологія і епідеміологія. Збудниками є різні мікроби, як патогенні (сальмонели, шигели), так і умовно-патогенні (протеї, ієрсинії, ентерококи, стафілококи, стрептококи, спорові анаероби, гемофільні вібріони і ін.). Джерелом інфекції є тварини і люди. Особи, страждаючі гнійними інфекціями (панарицій, ангіна, фурункульоз і ін.), і тварини, що хворіють на мастити, є джерелом стафілококів, які при обробці їжі або з молоком потрапляють в харчові продукти (частіше креми, тістечка, морозиво і ін.), в яких і відбувається їх розмноження. Інші збудники харчових токсикоінфекцій виділяються з випорожненнями людей і тварин. Деякі з них мешкають у відкритих водоймищах, в ґрунті. Потрапляючи в харчові продукти, що знаходяться в умовах, сприятливих для розмноження як у збудника, мікроби розмножуються і нагромаджуються в них. Шлях зараження аліментарний. Захворювання реєструються у вигляді групових (сімейних, серед осіб, що харчуються в одній їдальні і т. п.) або спорадичних випадків.

Клінічна картина. Інкубаційний період триває від декількох годин до діб. Після короточасного відчуття слабкості, дискомфорту з'являються нудота, багатократна блювота, болі в епігастральній області і понос до 5—15 разів і більш на доба. Випорожнення нерідко мають різкий запах, містять домішки слизу, рідко кров. У половини хворих одночасно з кишковими розладами підвищується температура тіла, що супроводжується ознобом, часто розвиваються слабкість, запаморочення, непритомність. В більшості випадків захворювання, швидко закінчується одужанням. Проте можливо і важка течія з летальним результатом. З'являються ціаноз, судоми м'язів, частіше литкових, знижуються діурез і тургор шкіри, падає артеріальний тиск. В найважчих випадках розвивається шок.

Клінічний перебіг харчової токсикоінфекції, викликаной різними збудниками, дуже схоже, але під час групових захворювань виявляються деякі

особливості. Так, наприклад, при харчовій токсикоінфекції, викликаній стафілококом, інкубаційний період більш короткий: 2—6 ч. у хворих після короточасного періоду кишкового дискомфорту і нездужання бурхливо розвиваються нудота, блювота, різкі переймоподібні болі в епігастральній області. Стілець рідкий, водянистий, але поносу може і не бути. Температура тіла залишається нормальною або субфебрильною. Наголошуються слабкість, запаморочення, блідість, зниження артеріального тиску і почастищення пульсу. В більш важких випадках можливі судоми і колапс. Хвороба, як правило, продовжується 1—2 дні.

Діагноз. Заснований на типових симптомах хвороби, груповому характері захворювань, вживанні в їжу одного і того ж зараженого продукту. З метою уточнення етіології хвороби проводиться посів залишків їжі, блювотних мас, промивних вод шлунку, крові і випорожнень на різні живильні середовища.

Лікування і профілактика Дме. розділ «Сальмонельоз».

Ботулізм - харчова токсикоінфекція, яка виникає внаслідок вживання продуктів, інфікованих бацилою ботулізму та її екзотоксином; характеризується тяжким ураженням нервової системи, офтальмоплегічним, фоноларінгоплегічним синдромами, парезами і паралічами м'язів, що беруть участь у акті ковтання, дихання, загальною м'язовою слабкістю.

Етіологія - збудник ботулізму *Clostridium botulinum*, належить до роду клостридій, це велика грампозитивна паличка, з заокругленими кінцями, малорухлива, у зовнішньому середовищі утворює спори, абсолютний анаероб.

Розрізняють 7 типів збудника - А, В, С, D, Е, F, G. У хворих частіше виділяють А, В, Е. В умовах стерилізації текучою парою при температурі 120°C спори гинуть через 10-20 хв. Вегетативні форми гинуть при нагріванні до 80°C.

Клостридії виділяють сильний нейротоксин, який не руйнується шлунковим соком. У разі кип'ятіння інактивується через 5-10 хв. Велика концентрація солі, цукру та кислоти послаблюють дію токсину.

Епідеміологія - джерело інфекції чітко не визначене, вважають, що це природний сапрофіт ґрунту. Резервуаром являються травоядні теплокровні тварини, у кишковому тракті яких збудник розмножується та виділяється в ґрунт з фекаліями, де у вигляді спор може зберігатися роками.

Ґрунт зі спорами може забруднити продукти харчування і при утворенні анаеробних умов вони проростуть у вегетативну форму, що продукує токсин.

Фактори передачі - бомбажні консерви, домашні ковбаси, великі шматки в'яленої риби та м'яса, домашні консерви з овочей, фруктів, риби та м'яса. Збудник розмножується гніздами у товщі ковбаси, балика тощо.

Сприйнятливість до ботулізму суцільна, характерна осінньо-зимова сезонність, коли вживаються консерви.

Хворий на ботулізм не є небезпечним для оточуючих.

Клініка - інкубаційний період при ботулізмі триває від 2 год. до 10 діб.

Початок підгостриш Хвороба починається з нудоти, болю в животі, нетривалого блювання, може бути пронос. Диспепсії зберігаються біля 12 год., надалі пронос змінюється запором, блювання - згасанням блювотного рефлексу. Характерною є сухість слизових оболонок та шкіри, спрага. Температура залишається нормальною, хворий скаржиться на м'язову слабкість ("ватні ноги").

Через 4-6 годин з'являються розлади зору, ковтання, мови. Хворі скаржаться на двоїння, "сітку", "туман" перед очима. Можлива косоокість, ністагм, птоз. Бульбарний синдром пов'язаний з ураженням IX, XII пар черепно-мозкових нервів, характеризується порушенням ковтання та мови. З'являється гугнявлення, осиплість, може розвиватись афонія. Хворий не може ковтати тверду їжу, рідка їжа виливається через ніс (при парезі м'язів м'якого піднебіння). Ці явища об'єднуються у синдром трьох "Д" - дизартрія, дисфагія, диплопія. Свідомість не порушується. Небезпечними є порушення дихання через слабкість діафрагми та міжреберної мускулатури, зупинка дихання, тому госпіталізувати хворих бажано в реанімаційне відділення. У випадку видужування період реконвалесценції триває до 10 місяців.

Сестринська оцінка загального стану хворого при ботулізмі:

- Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку⁷, активність, адекватність, стан свідомості, порушення сну.
- Стан гемодинаміки - артеріальний тиск, пульс.
- Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.
- Колір шкіри та склер, блідість, ціаноз, липкий холодний піт, холодні кінцівки.
- Порушення ковтання, зору, артикуляції мови.
- Характер випорожнень -запори, метеоризм.

Діагностика –

- Клініка
- Епіданамнез
- біологічна проба на мишах.

Лікування –

- госпіталізація у реанімацію
- зондове промивання шлунку 5% розчином гідрокарбонату натрію до 10 літрів
- сифонна клізма кожних 30 хвилин до чистих вод
- введе ння у шлунок сорбентів (активоване вугілля)
- введення протиботулінічної сироватки за Безредко з попереднім забором крові для постановки біологічної проби на білих мишах
- для запобігання утворення вегетативних форм призначають левоміцетин по 0,5 г 4 рази на добу протягом 7 діб, або тетрациклін по 0,25 г по 4 рази на добу 7 діб
- протиботулінічний анатоксин тричі підшкірно з інтервалом у 5 днів
- внутрішньовенно краплинно 5% розчин глюкози, гемодез, реополіглюкін
- серцеві засоби
- гіпербарична оксигенація.

Догляд- забезпечення індивідуального поста годування хворого через зонд вимірювання Рб, АТ, ЧД та 1:° кожних 6 год. подавання кисню при недостатності дихання негайно сповістити лікаря для вирішування питання про переведення хворого на ШВЛ
розташування хворого в зручному положенні
при метеоризмі постановка газовідвідної трубки догляд за шкірою та слизовими оболонками зміна натільної та постільної білизни запобігати приєднанню вторинної інфекції профілактика пневмонії профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції догляд при блюванні та проносі сан освітня бесіда з пацієнтом та його родиною по профілактиці кишкових інфекцій та отруєнь.

Профілактика -дотримання правил приготування, транспортування та зберігання рибних та м'ясних напівфабрикатів, консервованих продуктів, ковбас тощо

дотримання правил консервування - консервують ретельно вимиті та очищені овочі, фрукти, гриби; в маринадах та сиропах витримуються пропорції солі, оцту та цукру

приготування домашніх ковбас проводиться за умов дотримання правил санітарної гігієни

для консервації м'яса та риби використовують метод автоклавування перед вживанням підозрілих продуктів, доцільно їх прокип'ятити протягом 15 хвилин бомбажні консерви вилучаються із споживання.

Вірусний гепатит А (ВГА, хвороба Боткіна, інфекційний або епідемічний гепатит) - гостра інфекційна хвороба, що спричиняється вірусом гепатиту А, переважно з фекально- оральним механізмом зараження; характеризується початковим періодом з підвищенням температури, диспепсичними та грипоподібними ознаками, переважним ураженням печінки, симптомами гепатиту, порушенням обміну речовин, нерідко жовтяницею.

Етнологія - збудник відноситься до ентеровірусів, стійкий у зовнішньому середовищі, при кімнатній температурі може зберігатись декілька місяців, витримує заморожування, чутливий до дезрозчинів, під дією текучої пари при температурі 120°C протягом 20 хв. повністю інактивується.

Епідеміологія - джерело інфекції хвора людина. Виділення вірусу назовні 'починається наприкінці інкубаційного періоду, максимальне - перші три дні захворювання, завершується після 10-14 дня хвороби. Збудник міститься в сечі, спермі, менструальній крові.

Механізм зараження - фекально-оральний.

Шлях передачі - 1) водний; 2) харчовий; 3) контактно-побутовий.

Сприйнятливість суцільна. Частіше хворіють діти та молодь. Сезонність осінньо- зимова. Імунітет довічний.

Клініка - виділяють жовтяничну, без жовтяничну та субклінічну форми ВГА.

Інкубаційний період у середньому 15-30 днів.

Початок гострий, підвищується температура до 38°C, зникає апетит,

хворі скаржаться на слабкість, нудоту, іноді блювання, біль або важкість у правому підребер'ї. Гарячка утримується 2- 3 дні. Початок може бути грипоподібний, коли виникає короткочасна гарячка (2- 3 дні), нежить, першіння у горлі. Наприкінці початкового періоду сеча набуває кольору пива, шкіра жовтішає, кал світлішає. Перш за все жовтішають склери, м'яке піднебіння. В сечі хворого виявляють жовчні пігменти. У початковому періоді важливою ознакою ВГ є підвищення АЛТ та /А.СТ, тимолової проби, білірубіну.

Жовтяничний період - жовтяниця протягом 2-3 днів досягає максимуму, після чого утримується в середньому 5-7 днів. Хворий може скаржитись на свербіння шкіри. Явища інтоксикації зникають з появою жовтяниці, покращується апетит.

При пальпації живота визначається збільшення печінки, помірна її болючість. Селезінка збільшується лише в 10% випадків.

З третього тижня починається видужування. Вірусний гепатит А має доброякісний перебіг, хронізації процесу не дає. Ускладнення не характерні.

Діагностика -

- 1) клініка
- 2) епіданамнез
- 3) аналіз сечі на жовчні пігменти
- 4) аналіз калу на стеркобілін
- 5) біохімія крові
- 6) кров на НВз а

Лікування -

- 1) госпіталізація в інфекційне відділення обов'язкова
- 2) Дієта № 5, велика кількість рідини
- 3) дезінтоксикаційна терапія
- 4) глюкозотерапія
- 5) вітамінотерапія
- 6) ентеросорбенти
- 7) холестірамін при свербінні шкіри
- 8) ферменти
- 9) при видужуванні жовчогінні препарати, ессенціале, карсил.

Догляд - вимірювання Р_§, АТ, С кожних 6 год.

розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою догляд за шкірою та слизовими оболонками зміна натільної та постільної білизни профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції догляд при блюванні та проносі

знезараження виділень, поточна та заключна дезінфекція сан освітня бесіда з пацієнтом та його родиною по профілактиці кишкових інфекцій.

Профілактика - як при усіх кишкових інфекціях, дивись "Шигельоз".

ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В

ВГВ або сироватковий гепатит - це гостре інфекційне захворювання з середньо важким або важким перебігом, парентеральним механізмом

зараження, ураженням печінки, схильністю до хронічного перебігу.

Етіологія - збудник термостабільний гепаднавірус, знаходиться в крові, гепатоцитах та в міжклітинному просторі печінки. Має три антигени - 1) HBs антиген (австралійський) входить до складу оболонки вірусу і виявляється в периферійній крові, 2) HBe антиген серцевинний, міститься в гепатоцитах і в периферійній крові не виявляється, 3) HBe антиген серцевинний, який виявляється в крові 4) HBx антиген впливає на ракове переродження клітин печінки.

Стійкий у зовнішньому середовищі та до дії високої температури, деззасобів, УФО, висушування. У замороженому стані зберігається десятиріччями, у препаратах крові - роками. Інактивується при кип'ятінні протягом 45 - 60 хвилин, під дією високих концентрацій перекису водню, хлораміну, формаліну.

Епідеміологія - джерелом інфекції може бути 1) хворий на гострий гепатит В та 2) хворий на хронічний вірусний гепатит.

Заразними є кров, у тому числі менструальна, сперма, у меншому ступені - слина, піт, сеча.

Шляхи зараження: 1) штучний (артифіціальний) 2) природний.

До штучного належить - переливання зараженої крові, ушкодження шкіри та слизових оболонок інфікованим інструментарієм.

До природного шляху зараження можна віднести *а) статевий та б) внутрішньоутробний або при пологах.*

Групи ризику - наркомани, гемофіліки, хворі на ХНН - гемодіаліз, медичні працівники, які контактують з кров'ю та інструментарієм - маніпуляційні медсестри, лаборанти, хірурги тощо.

Сезонності немає.

Клініка - інкубаційний період - від 42 до 120 днів.

Початковий період - поступовий, розрізняють такі його варіанти диспепсичний, артралгічний, або псевдоревматичний, астеновегетативний, катаральний, або грипоподібний.

Захворювання починається з ознак змішаного типу, виникає *симптомів токсикації* - погіршення загального стану, зниження працездатності, слабкість, зниження апетиту та *диспепсичні явища* - важкість у правій ділянці, метеоризм, гіркота у роті. Можуть виникати болі у суглобах. Інколи жовтяниця шкіри та склер (симптом "дзеркала"), потемніння сечі являються першими клінічними проявами. Цей період триває 1-2 тижні.

Жовтяничний період - наростають прояви інтоксикації та жовтяниця, сеча набуває кольору міцного чаю, кал - білої глини. Апетит відсутній, турбує нудота, може бути блювання. При інтенсивній жовтяниці виникає свербіж шкіри. Печінка збільшена, чутлива при пальпації, може збільшуватись селезінка. Білірубін може досягати 300-400 ммоль/л, трансамінази АЛТ і АСТ підвищені і різко наростають у розведенні, що говорить про цитоліз печінкових клітин. Рівень цих показників відповідає важкості захворювання.

При важкому перебігу наростають явища печінкової недостатності -

посилюється нудота та блювання, виникає солодкуватий запах з рота, наростає слабкість, психомоторне збудження змінюється апатією, сонливістю, розміри печінки зменшуються, можуть виникати носові та інші кровотечі. АТ падає, тахікардія, пульс ниткоподібний, слабкий. Хворий може померти від *печінкової коми*.

Період реконвалесценції- поступово зникають диспепсичні явища, інтоксикація, жовтяниця, але досить довго зберігається астено-вегетативний синдром.

В деяких випадках хвороба переходить у *хронічну персистуючу або активну форму гепатиту*.

До атипових форм вірусного гепатиту В відноситься *блискавична та без жовтянична форма*.

Діагностика -

- 1) епід анамнез
- 2) клініка
- 3) серологічна реакція крові на HBs антиген
- 4) біохімічне дослідження крові
- 5) аналіз сечі на жовчні пігменти
- 6) загальний аналіз крові
- 7) аналіз калу на стеркобілін

Лікування -

госпіталізація, фізичний та психічний спокій

Дієта № 5, велика кількість рідини противірусні препарати - парентеральні інтерферони (лаферон, роверон тощо) дезінтоксикаційна терапія глюкозотерапія вітамінотерапія ентеросорбенти холестірамін при свербінні шкіри ферменти при видужуванні жовчогінні препарати, ессенціале, карсил

Догляд -

вимірювання Рs, АТ, t° кожних 6 год. розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою використання одноразових інструментів, їх послідовне знезараження робота з хворим в рукавичках забезпечення лужним питвом догляд за шкірою та слизовими оболонками при свербінні шкіри - теплі ванни та припудрювання шкіри крохмалем зміна нагільної та постільної білизни профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції догляд при блюванні та проносі сан освітня бесіда з пацієнтом та його родиною по профілактиці вірусного гепатита В.

Профілактика - обстеження донорів на HBs a/г, використання одноразових інструментів, перед стерилізаційна обробка інструментарію, робота в гумових рукавичках, масці та окулярах, при аваріях проводити профілактичні заходи, проведення сан освітніх бесід з підлітками, щодо профілактики наркоманії, безпорядних статевих зв'язків.

Вірусний гепатит С (ГС)

Етіологія. Вірус гепатиту С (ВГС) - дрібний РНК-містить вірус, що відноситься до сімейства флавівірусів.

Епідеміологія. Джерела інфекції, механізм і шляхи передачі багато в чому відповідають ГВ. Джерела ГС - хворі на хронічні і гострі форми

інфекції. Найбільше епідеміологічне значення має парентеральний шлях передачі. Частіше всього зараження ВГС відбувається при переливанні крові і її препаратів. Вважають, що збудник ГС є одним з основних етіологічних чинників посттрансфузійного гепатиту. Нерідко інфекція зустрічається у хворих на гемофілію. Тестування донорів, консервованої крові і її дериватів (похідних) на ВГС є обов'язковим.

Особливе значення ГС має у наркоманів, що використовують наркотики парентерально. В даний час це одна з найчисленніших і епідеміологічно значущих груп ризику інфікування ВГС. В різних регіонах України виявлення анти-HCV серед внутрішньовенних користувачів наркотиків складає 75-83%.

Передача збудника в побуті при гетеро- і гомосексуальних контактах, від інфікованої матері до новонародженої дитини може мати місце, але реалізується значно рідше, ніж при ГВ.

Клініка. Інкубаційний період від 2 до 26 тижнів (в середньому - 6-8 тижнів). В перебігу ГС виділяють гостру і хронічну стадії хвороби. Остання включає дві фази: латентну і реактивуючу.

Гостра стадія ГС частіше всього протікає в безсимптомній формі. Своєчасна діагностика її значно утруднена.

Для продромального періоду характерні диспепсичний синдром (зниження апетиту, нудота), досить часто слабкість, нездужання. В періоді розпалу жовтяниці часто відсутня, а якщо і розвивається, то вона помірно виражена, інтоксикація незначна. Гострий ГС протікає набагато легше, ніж ГВ і навіть ГА, переважно в легкій, рідко в середньотяжкій формі, з помірним підвищенням активності амінотрансфераз АЛТ і АСТ (в 5-20 разів).

Діагностика заснована на виявленні сумарних антитіл, IgM і IgG до ВГС (анти-HCV) з використанням ІФА і імуноблота, а також РНК ВГС (HCV-RNA) методом ПЦР.

Лікування. Базисна і патогенетична терапія відповідає лікуванню інших вірусних гепатитів. При лікуванні хворих, що знаходяться в гострій стадії ГС, враховуючи високий ризик розвитку хронічної стадії, можливе

призначення протівірусної і імунотерапії - рибавірин та пегасіс (продовжений інтерферон), термін лікування близько 1 року.

Профілактика. Заходи, направлені на переривання шляхів передачі, такі ж, як при гепатиті В. Донорів, у яких знайдені анти-ВГС, усувають від донорства довічно.

Вакцини проти ГС не розроблені. Ефективність використання специфічного імуноглобуліну вивчається.

ЛІТЕРАТУРА:

А.В.Чорновіл, Р.Ю.Грицко, С.А.Лищенко «Клінічне медсестринство в інфектології». ВСВ «Медицина», 2010., стр.107-113, 261-268, стр.126-158.

Тема 5. Гострі респіраторні вірусні інфекції. Герпесвірусні інфекції. Дифтерія. Менінгококова інфекція.

Короткий конспект теоретичного матеріалу

Грип - гостра інфекційна гостро контагіозна хвороба, спричиняється вірусами грипу, передається повітряно-краплинним шляхом, характеризується гострим початком, коротким гарячковим періодом, значною інтоксикацією, ураженням слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, частими ускладненнями.

Етнологія - вірус грипу (А,В,С) належить до родини ортоміксовірусів, це внутрішньоклітинний паразит, який проникає у клітини слизової оболонки верхніх дихальних шляхів та розмножується в них. Малостійкий у зовнішньому середовищі, високочутливий до висушування, дії дезрозчинів, УФ-випромінювання, ефіру.

Віруси здатні змінювати свою антигенну структуру, особливо вірус А. Добре культивується в курячих ембріонах.

Епідеміологія - джерело інфекції хвора людина.

Механізм передачі - повітряно-краплинний.

Хвора людина виділяє величезну кількість вірусів в останні години інкубаційного періоду і в перші 2-3 доби хвороби під час дихання, кашлю, чихання. З 4 дня хворі вже не заразні.

Має зимово-весняну сезонність.

Вірус А викликає бурхливу епідемію і навіть пандемію, вірус В розвивається повільніше, хворіє менше людей, вірус С викликає спорадичні випадки, він супроводжує віруси А та В. Імунітет нестійкий.

Клініка - інкубаційний період від декількох годин до 2-3 діб. Початкові ознаки грипу - загальний дискомфорт, озноб, закладеність носа. Через декілька годин підвищується температура до 38°C-40°C, з'являється сильний головний біль, біль в очних яблуках, ломота у тілі, біль у м'язах та суглобах, наростає слабкість, може бути нудота та блювання, зниження АТ, у дітей можливі судоми, втрата свідомості.

Об'єктивно - гіперемія шкіри обличчя, ін'єкція судин склер, задня стінка глотки та м'яке піднебіння яскраво гіперемійоване з точковими крововиливами, судини розширені.

При вираженій інтоксикації - АТ знижується, тахікардія, відносна брадикардія.

Над легенями вислуховується жорстке дихання. З боку нервової системи - запаморочення, судом, менінгеальний синдром.

На третю добу при неускладненому грипі температура знижується, стан поліпшується. На зміну інтоксикації посилюються катаральні явища, кашель. Ще через 3-5 днів настає видужування.

При важкому перебігу грипу може дуже швидко розвинутих менінгоенцефаліт, геморагічний синдром погіршує прогноз.

Якщо висока температура утримується більше 5 діб - необхідно шукати ускладнення.

Сестринська оцінка загального стану хворого при грипі.

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, адекватність, стан свідомості, порушення сну.
2. Стан гемо динаміки - артеріальний тиск, пульс.
3. Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.
4. Гіперемію шкіри та склер, блідість, ціаноз, липкий холодний піт, холодні кінцівки, герпес на губах.
5. Катаральні явища - порушення носового дихання, ковтання, через біль у горлі, кашель, осиплість голосу, утруднений вдих та видих.
6. Біль - головний, що супроводжується нудотою та блюванням, біль у горлі, біль у грудях при кашлі або диханні, ломота у тілі та суглобах.
7. Відраза від їжі, нудота, блювання.

Ускладнення - пневмонія, менінгоенцефаліт, отит, гайморит, міокардит тощо.

Діагностика -

- 1) клініка
- 2) епіданамнез
- 3) серологічні реакції (РНГ; \, ІФ А) в динаміці
- 4) вирощування вірусів на курячих ембріонах
- 5) експрес-діагностика - імунофлюоресцентний метод з мазками-відбитками.

Лікування-

- 1) постільний режим
- 2) велика кількість пиття (чай, сік, морс)
- 3) ремантадин по 0,05 г 3 рази на добу 3 дні
- 4) інтерферон - краплі в ніс, озельтамівір
- 5) оксолінова мазь
- 6) аскорбінова кислота в ударних дозах
- 7) порошки антигрипіну
- 8) мефенамінова кислота по 0,5 г 3 рази на добу після їжі
- 9) антигістамінні препарати
- 10) при ускладненнях призначають антибіотики широкого спектру дії.

Догляд -

- > забезпечити карантинний та масковий режим
- > надати пацієнту зручного положення у ліжку, затемнити вікна, забезпечити тишу
- > провести бесіду по необхідності дотримуватись суворого ліжкового режиму
- > вимірювати АТ, ЧД, Рв, 1° кожних 6 годин, результати заносити в листок сестринського спостереження
- > забезпечити пацієнта великою кількістю підкисленого теплого питва та судном
- > при гарячці - водно-оцтові компреси
- > застосування міхура з льодом до лоба
- > догляд за слизовими оболонками ротової порожнини та носа - полоскання зівом та очищення носових ходів
- > теплі грілки до болючих м'язів, розслаблюючий масаж
- > зміна натільної та постільної білизни
- > профілактика ускладнень
- > поточна та заключна дезінфекція
- > освітня бесіда з пацієнтом по режиму та харчуванню

Профілактика - проведення профілактичних щеплень за місяць до очікуваної епідемії - вітамінізована їжа - збільшити споживання продуктів із вмістом вітаміну С інтраназальний інтерферон, оксолінова мазь карантинний режим в лікарнях, постійна зміна масок ізоляція хворих, поточна та заключна дезінфекція.

Менінгококова хвороба - гостра інфекційна хвороба, яка спричиняється менінгококом, передається повітряно-краплинним шляхом, характеризується назофарингітом, менінгококемією, менінгококовим (гнійним) менінгітом, які перебігають окремо, послідовно або одночасно; інфікування часто приводить до бактеріоносійництва.

Етнологія - збудник менінгокок, належить до роду нейсерій. Це грамнегативний диплокок, нагадує кавові зерна, розміщується попарно. Продукує екзотоксин, при руйнуванні виділяється сильний ендотоксин. Малостійкий у зовнішньому середовищі, при кімнатній температурі гине через декілька годин, при нагріванні та охолодженні гине через кілька хвилин, тому матеріал до лабораторії доставляють на водяній бані при температурі 37° С. Дезрозчини високоефективні.

Епідеміологія - джерелом інфекцій є хворі або бактеріоносії. Найбільш небезпечні хворі на менінгококовий назофарингіт.

Механізм передачі - повітряно-краплинний. Частіше хворіють діти. Характерна зимово - весняна сезонність. Імунітет нестійкий.

Клініка - інкубаційний період частіше 5-7 днів (1-10).

Класифікація

1. Локалізовані форми
 - 1) менінгококоносійництво
 - 2) назофарингіт.
2. Генералізована форма

- 1) менінгококцемія
- 2) менінгіт
- 3) менінгоенцефаліт
- 4) змішана форма (менінгіт + менінгококцемія)
3. Рідкі форми (ендокардит, артрит, пневмонія тощо).

Гострий назофарингіт - головний біль, біль у горлі, сухий кашель, закладеність носа, рідше - слизові або гнійно-слизові виділення, субфебрилітет, гіперемія зіву. У 30 - 50 % він переслідує генералізованій формі.

Менінгококцемія - початок бурхливий, Т - 39-41 °С протягом 3 днів утримується на цих цифрах, пізніше знижується до субфебрильної та нормальної (при шоці). Одночасно з'являється головний біль, слабкість, біль у м'язах та тілі, блідість шкіри, тахікардія, зниження АТ. Через 5- 15 годин на шкірі з'являється екзантема, висип частіше локалізується на сідницях, задній поверхні стегон, вушних раковинах, повіках, склерах; характерні підсипання, розмір елементів різний, типовий геморагічний висип з елементами некрозу, довго не загоюється, утворюється рубець. Нерідкий некроз вушних раковин, кінчика носу, кінцівок пальців. *Шкірний висип* - це метастатичні вогнища інфекції. Другим вогнищем інфекції є суглоби - характерний *артрит*. Третім метастатичним вогнищем є *іридоцикліт*.

Блискавична менінгококцемія відразу носить вигляд інфекційно-токсичного шоку.

Менінгококовий менінгіт - може розвинути за назофарингітом. Іноді перші прояви раптові, серед повного здоров'я. Характерна тріада початкових синдро-мів - гарячка, головний біль, блювання. Т - 40-41 °С, головний біль без певної локалізації, розпираючий, блювання виникає раптово без попередньої нудоти, не при-носить полегшення. Часто спостерігається гіперестезія, гіперакустика, фотофобія. Можливі судоми.

Об'єктивно - виникають менінгеальні симптоми: ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга, Брудзинського, у немовлят спостерігається тім'ячкова тріада - випинання, напруженість тім'ячка, відсутність пульсації. Характерна поза "лягавого собаки".

Якщо запальний процес переходить з оболонок мозку на корінці черепних та спинномозкових нервів або на речовину мозку, то виникають патологічні рефлексі, диплопія, косоокість, ністагм, парези м'язів обличчя, парези та паралічі кінцівок.

Можуть бути розлади свідомості. Зміни з боку органів та систем пов'язані з інтоксикацією. Виникають герпетичні висипи.

Ускладненнями являються набряк мозку та ІТШ.

При набряку мозку посилюється головний біль, блювання фонтаном, пелена перед очима, багровий колір обличчя, звужені зіниці, порушення дихання. Необхідно про всі зміни повідомити лікаря.

При розвитку ІТШ виникає тяжкий загальний стан, болі у м'язах, може бути висип, збудження, яке змінюється загальмованістю, Т та АТ знижуються, надалі свідомість втрачається, погіршується гемодинаміка та

дихання, можливі судоми.

Сестринська оцінка загального стану хворого при менінгококовій інфекції.

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, адекватність, стан свідомості - марення, галюцинації, порушення сну.
2. Стан гемодинаміки - артеріальний тиск, пульс.
3. Вимірює температуру, визначає її характер, вимірює частоту дихання, характер дихання.
4. Колір шкіри та склер, блідість або гіперемія, ціаноз, липкий холодний піт, холодні кінцівки, наявність петехіальних висипів, їх локалізація, герпес на губах.
5. Біль - головний, що супроводжується нудотою та блюванням.
6. Наявність менінгеального синдрому.
7. Утруднення носового дихання, характер виділень з носа (серозно-гнійні), мацерація шкіри крил носа.
8. Відраза від їжі, нудота, блювання.

Діагностика -

- 1) Клініка, епіанамнез
- 2) бактеріоскопія осаду ліквору, слизу носоглотки, крові
- 3) бактеріологія цих же субстратів
- 4) серологічні реакції - РНГ А
- 5) БР - тиск ліквору підвищений, витікає з люмбальної голки частими краплями, мутний, гнійний або опалесціює, клітинно-білкова асоціація.

Лікування -

- 1) госпіталізація
- 2) антибіотики - бензилпеніцилін по 1 млн в/м кожних три години (ампіцилін, левоміцетину сукцинат)
- 3) пролонговані сульфаніаміди - бісептол по 10-20 мг/кг на добу
- 4) дезінтоксикаційна терапія (гемодез, реополіглюкін)
- 5) дегідратаційна терапія (лазикс, манітол, спіронолактон)
- 6) гормонотерапія (преднізолон по 1-3 мг/кг на добу
- 7) симптоматична терапія.

Догляд-

- > забезпечити карантинний та масковий режим
- > надати пацієнту зручного положення у ліжку, затемнити вікна, забезпечити тишу
- > провести бесіду по необхідності дотримуватись суворого ліжкового режиму
- > вимірювати АТ, ЧД, Рв, 1° кожних 6 годин, результати заносити в листок сестринського спостереження
- > при гарячці - водно-оцтові компреси
- > застосування міхура з льодом до лоба
- > догляд за слизовими оболонками ротової порожнини та носа - полоскання зівом та очищення носових ходів
- > догляд після люмбальної пункції

- > теплі грілки до болючих м'язів, розслаблюючий масаж
- > зміна натільної та постільної білизни
- > профілактика ускладнень
- > поточна та заключна дезінфекція
- > освітня бесіда з пацієнтом по режиму та харчуванню.

Профілактика - дотримання санітарно-протиепідемічного режиму в дитячих установах, санація носіїв, вчасне виявлення хворих, поточна та заключна дезінфекція у вогнищі, карантинний режим, госпіталізація в боксоване відділення, етіотропне лікування, диспансерний облік, спостереження за контактними з посівом слизу з носоглотки.

Дифтерія - гостра інфекційна хвороба, що спричиняється токсигенним штамом коринебактерій з повітряно-крапельним шляхом передачі, характеризується дифтерійним або крупозним запаленням з утворенням фібринозних плівок, а при деяких формах - токсичним ураженням серця, нервової системи, надниркових залоз, нирок.

Етнологія - збудник коринебактерія або паличка Леффлера, нерухлива, грампозитивна, нагадує римську букву V, на кінцях має булавовидні потовщення. Продукує сильнодіючий екзотоксин а також нейрамінідазу, некротизуючий та дифузний фактори.

Стійка до зовнішнього середовища, у краплині слини може зберігатись до 20 днів, добре переносить висушування, при низьких температурах зберігається до 6 місяців. Чутлива до високих температур та дії дезрозчинів.

Епідеміологія - джерело інфекції хвора людина або бактеріоносії. Хворий починає виділяти паличку з останніх днів інкубаційного періоду до 10-25 дня хвороби.

Механізм зараження :

повітряно-краплинний

контактний аліментарний (через інфіковане молоко, молочні продукти). Частіше хворіють діти. Сезонність осінньо-зимова.

Імунітет може бути досить стійким. Це керована інфекція, в результаті активної імунізації населення можна запобігти захворюванню.

Клініка -

Класифікація

- 1) дифтерія ротоглотки (90%)
- 2) дифтерія гортані (дифтерійний круп)
- 3) дифтерія носа
- 4) рідкісні форми - дифтерія очей, зовнішніх статевих органів, шкіри (рани), вуха та рота.

За ступенем токсикозу:

нетоксична субтоксична токсична геморагічна гіпертоксична.

За поширенням нальоту :

локалізована
поширена.

Дифтерія ротоглотки - Інкубаційний період від 2 до 10 днів. Основні ознаки - набряклість слизової оболонки зіву, синюшний колір її, наліт щільний суцільний, сірувато-білий, блискучий з перламутровим відтінком. При спробі зняти наліт поверхня під ним починає кровити, через деякий час на цьому місці знову з'являється наліт. Поверхня нальоту вища за неушкоджену слизову оболонку. Зняті плівки не розчиняються у воді та не розтираються шпателем. Схильний до поширення, чим більша площа нальоту, тим значніша інтоксикація.

Зникає наліт поступово, можливе його відторгнення.

Локалізована форма обмежена лише мигдаликами, поширена - наліт виходить на дужки, язичок, глотку, стан значно погіршений. Якщо лікування невчасне, можливий розвиток токсичної форми.

Токсична форма характеризується бурхливим розвитком, гіпертермією, тахікардією, зів гіперемійований з ціанотичним відтінком, нальоти, набряк мигдаликів, затруднення дихання, поширений набряк на область шії.

Катастрофічно нарастають гемодинамічні розлади.

Дифтерія гортані - справжній круп - розвивається частіше у дітей від одного до п'яти років у вигляді дифтерійного крупу. Наліт локалізується на надгортаннику, голосових зв'язках, що проявляється осиплістю голосу, гавкаючим кашлем та інспіраторною задишкою. Температура може бути субфебрильною. Надалі нарастають явища стенозу - афонія, ціаноз носо-губного трикутника, шумне стенотичне дихання, парадоксальний пульс (випадіння пульсової хвилі на вдиху). Якщо в цей час не зробити інтубацію або трахеотомію може розвинути асфіксія. Введення сироватки в початковій стадії може зупинити розвиток крупу.

Дифтерія носа - зустрічається частіше у дітей раннього віку. Загальний стан мало порушений, температура субфебрильна, носове дихання затруднене, виділення з носа кров'янисто - серозні або серозно - гнійні. У порожнині носа помітні фібринозні плівки, вони можуть поширюватись на шкіру під носовими ходами, помітний набряк, шкіра мацерується.

Дифтерія ока - характеризується появою плівок на кон'юнктиві повік, набряком, гнійними, серозними та геморагічними виділеннями.

Дифтерія статевих органів - плівки з'являються на слизовій оболонці статевих органів, це супроводжується набряком.

Сестринська оцінка загального стану хворого при дифтерії.

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, слабкість, адекватність, стан свідомості, порушення сну.
2. Стан гемодинаміки - артеріальний тиск, пульс.
3. Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.
4. Колір шкіри та склер, блідість, ціаноз, липкий холодний піт, холодні кінцівки.
5. Наявність набряку підшкірної клітковини шії, його поширеність.

6. Порушення ковтання, гугнявість голосу.
7. Порушення дихання, задишка.
8. Характер нальотів - їх локалізація, поширеність, щільність, кровоточивість при видаленні. **Ускладнення -**

1) найчастіше ускладнення - міокардит, він у 100% випадків ускладнює токсичну дифтерію. Розвивається на 6-8 день хвороби, смерть можлива на 2-3 тижні. У хворого тахікардія, слабкість, серцебиття, запаморочення.

Несприятливою прогностично є триада Боткіна: блювання, біль у животі та ритм галопу. Блювання виникає через гіпоксію мозку, біль у животі через перерозтягнену капсулу печінки, порушення ритму серця пов'язане з ушкодженням провідникової системи серця. Легкі і середньої важкості форми перебігають менш бурхливо. Видужування настає на 25-30 день хвороби.

2) поліневрит - уражуються нерви, що проходять поруч з дифтерійним процесом, спочатку розвиваються бульбарні розлади у вигляді паралічу або парезу м'якого піднебіння, що проявляється гугнявленням, утрудненням при ковтанні, поперхуванням під час їжі, виливанням рідкої їжі через ніс.

При паралічі акомодациї хворий погано розрізняє предмети, букви зливаються ; можлива косоокість, птоз, асиметрія обличчя. Ці явища розвиваються між 3 та 11 днями.

Згодом приєднується картина поліневриту з ураженням дистальних відділів кінцівок. Прогноз сприятливий.

3) нефроз.

Діагностика -

- 1) клініка
- 2) епіданамнез
- 3) бактеріоскопічне дослідження матеріалу взятого з мигдаликів
- 4) бактеріологічне дослідження-мазки мигдаликів роблять натще або через 2 години після їжі, не торкаючись тампоном язика й зубів; матеріал необхідно доставити до лабораторії не пізніше 3 годин після забору
- 5) серологічна реакція РНГхА. на 7 та 15 день хвороби
- 6) прискорений метод індикації токсину - реакція нейтралізації антитіл (РИА).

Лікування -

1. Обов'язкова госпіталізація.
2. Суворий постільний режим до 20-25 днів.
3. Рідка або напіврідка повноцінна їжа.
4. Введення протидифтерійної сироватки "Діаферм" за методом Безредко, у випадку позитивної шкірної проби або наявності анафілактичної реакції, сироватку вводять тільки за безумовними показниками. Спочатку сироватку в розведенні 1:100 вводять у підшкірну клітковину плеча у дозах 0,5; 2; 5 мл послідовно з інтервалами в 20 хв. При відсутності реакції на попередні введення п/ш вводять 0,1 мл нерозведеної сироватки. Якщо реакції немає, через 30 хв вводять усю призначену дозу підшкірно. У виняткових випадках сироватку вводять під наркозом. Дози сироватки визначаються формою дифтерії. Звичайно курс серотерапії триває 3- 4 дні.

5. Дезінтоксикаційна терапія.
6. Десенсибілізуючі засоби.
7. Гормонотерапія.
8. Серцеві засоби.
9. Симптоматична терапія.

Догляд -

забезпечити карантинний та масковий режим надати пацієнту зручного положення у ліжку, затемнити вікна, забезпечити тишу провести бесіду по необхідності дотримуватись суворого ліжкового режиму вимірювати АТ, ЧД, Рз, 1° кожних 6 годин, результати заносити в листок сестринського спостереження

при гарячці - водно-оцтові компреси застосування міхура з льодом до лоба догляд за слизовими оболонками ротової порожнини та носа полоскання зів'язи та очищення носових ходів теплі грілки до болючих м'язів, розслаблюючий масаж зміна натільної та постільної білизни профілактика ускладнень поточна та заключна дезінфекція освітня бесіда з пацієнтом по режиму та харчуванню

Профілактика - планова та термінова вакцинація, протиепідемічні заходи у вогнищі інфекції.

ЛІТЕРАТУРА:

А.В.Чорновіл, Р.Ю.Грицко, С.А.Лищенко «Клінічне медсестринство в інфектології». ВСВ «Медицина», 2010., стр.183-196. стр.198-208, 247-255.

Тема 6. Малярія. ВІЛ-інфекція. СНІД. Правець. Сказ. Лептоспіроз.

Короткий конспект теоретичного матеріалу

Малярія (пропасниця, болотна лихоманка) - гостра інфекційна протозойна хвороба, що спричиняється кількома видами плазмодія, передається комарами роду /Anopheles, характеризується гарячковими нападами, гепатоліснальним синдромом, гемолітичною анемією, схильністю до рецидивів.

Етіологія - відомо чотири види малярійного плазмодія :

Pl.Vivax спричиняє триденну малярію; Pl.Ovale спричиняє триденну овалемалярію; Pl. Маїагіае спричиняє чотириденну малярію; Pl. Falciparum - тропічну малярію.

Переносником є комар анофелес. У процесі життєдіяльності плазмодій проходить дві стадії: спорогонія - статеві фази в організмі комара та шизогонія - безстатеві фази в організмі людини. Шизогонія має дві фази: тканинну та еритроцитарну. Тканинна фаза відбувається у гепатоцитах, де плазмодій проходить ряд перетворень, на 5-7 день збудник повністю покидає гепатоцити , але при триденній та малярії овале невелика кількість збудника

може залишитись у печінці, з цим пов'язані пізні рецидиви.

Вийшовши з печінки збудник проникає у кров, в еритроцити, розмножується в них, еритроцити одномоментно руйнуються, збудник потрапляє у плазму крові, частково гине, частково знов проникає в еритроцити, цикл повторюється. Гарячковий напад пов'язаний з масовим розривом еритроцитів на 3 ,4 день або через день. Це залежить від виду збудника. Під час нападу досліджують мазок крові та товсту краплю крові - виявляють плазмодія в еритроцитах.

Епідеміологія - джерело інфекції хворі на малярію люди або паразитоносії.

Механізм передачі - трансмісивний. Переносники - самиці комара Анофелес. Існують ендемічні по малярії регіони (Африка, Південна Америка, Південно-Східна /Азія). Сприйнятливість дуже висока.

Клініка - інкубаційний період при триденній малярії становить 10-14 діб, при овалі малярії 7-21 день, при тропічній 8-16 днів, при чотириденній - 25 - 40 днів.

Початок гострий, характерна тріада симптомів - гарячка, анемія, спленомегалія. Типовий напад гарячки починається раптово і має три послідовні фази : озноб, жар, піт.

Перша фаза триває 1-2 години. Хворого турбує потрясаючий озноб, вкривається багатьма ковдрами, але не може зігрітися. Шкіра бліда, "гусяча", турбує головний біль. Температура поступово підвищується до високих цифр.

Друга фаза триває 5-8 годин. Температура 40 - 41 °С. Турбує відчуття жару, посилюється головний біль, біль у попереку, може бути блювання, хворий розкривається. Шкіра червона, гаряча, суха. Язик обкладений білим нальотом. Ін'єкція склер. Через 6-8 годин температура критично падає. З цього починається третя фаза - температура субнормальна, хворий рясно по-тіє, АТ знижується, може бути колапс, стан покращується. Загальна продовженість нападу від 2 до 14 годин.

Після перших нападів з'являється субіктеричність шкіри та склер, збільшуються печінка та селезінка. У загальному аналізі крові - зменшення кількості еритроцитів та гемоглобіну.

При первинній малярії кількість нападів може бути 10-14. Надалі стан покращується .

Ранні рецидиви можуть з'явитися через 1-2 місяці. Тривалість триденної малярії 2-3 роки.

Ускладнення -

- 1) Малярійна кома - на висоті гарячки розвиваються порушення свідомості : стопор, супор, кома.
 - 2) Гемоглобінурійна гарячка - на висоті гарячки сеча набуває темно-коричневого кольору, хворий гине від азотемічної коми.
 - 3) Розрив селезінки - раптовий різкий біль у животі, ниткоподібний пульс, падіння АТ. **Сестринська оцінка загального стану} ⁷ хворого при малярії.**
1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність,

адекватність, стан свідомості - марення, галюцинації, порушення сну.

2. Стан гемодинаміки - артеріальний тиск, пульс.

3. Вимірює температуру, визначає її характер, вимірює частоту дихання, характер дихання.

4. Колір шкіри та склер, блідість або гіперемія, ціаноз, липкий холодний піт, холодні кінцівки або навпаки гаряча шкіра, висипи на шкірі, герпес на губах.

5. Біль - головний, що супроводжується нудотою та блюванням, ломота у тілі та суглобах.

6. Наявність менінгеального синдрому.

7. Розмір печінки та селезінки.

8. Кровотечі - носові, маткові, шлунково-кишкові.

9. Характер сечовиділення - домішок крові в сечі (у вигляді м'ясних помиїв), добовий діурез, позитивний с-м Пастернацького.

10. Відраза від їжі, нудота, блювання.

Діагностика -

1) клініка

2) епіданамнез

3) мазок крові на висоті гарячки, повторне дослідження можна провести через 8-12 ч.

4) товста крапля крові на висоті гарячки

5) серологічні методи - РИГА.

Лікування -

1) госпіталізація.

2) Препарати, що діють на еритроцитарну форму збудника - хінгамін (делагіл, хлорохін, резохін) 4 таблетки по 0,25 г одномоментно; через 6-8 годин по 0,5 г одномоментно. У наступні дні по 0,5 г одноразово. При триденній малярії 3 дні, при чотириденній та тропічній 5 днів.

3) Препарати, що діють на тканеву форму плазмодію - примахін по 0,027 г на добу в 1 або 3 прийоми протягом 14 діб, або хіноцид по 30 мг на добу протягом 10 діб.

4) Патогенетичне та симптоматичне лікування.

Догляд-

забезпечення індивідуального поста біля важкохворих вимірювання Р_б, АТ, 1° кожних 6 год.

розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою надання інформації пацієнту щодо необхідності дотримання суворого ліжкового режиму та дієти

при гарячці застосування міхура з льодом до області скронь, обтирання шкіри напівоцтовим розчином

догляд за шкірою та слизовими оболонками зміна натільної та постільної білизни при загрозі колапсу підняти ніжний кінець догляд при психомоторному збудженні догляд при нудоті та блюванні вимірювання добового діурезу профілактика пневмонії профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції забезпечення залізовмісною

їжею сан освітня бесіда з пацієнтом та його родиною по хіміопрофілактиці малярії.

Профілактика - планова дезінсекція в ендемічних зонах, хіміопрофілактика делагілом по 0,5 г (хлоридин 0,05, амодіахін 0,4, фанзидар) 1 раз на тиждень, починають прийом за два тижні до виїзду в осередок, весь час перебування в зоні та 6 тижнів після повернення. Рекомендується щомісяця чергувати препарати.

СПІД - це вірусне захворювання, яке відноситься до повільноперебігаючих, при якому виникає набутий імунodefіцит, приєднуються вторинні інфекції, виникають злоякісні пухлини, завершується смертю.

Етіологія - збудник ретро вірус ВІЛ-1, ВІЛ-2 та ВІЛ-3, уражує Т-лімфоцити-хелпери, розмножується в них та руйнує, при цьому виникає імунodefіцит, приєднується патогенна мікрофлора. В деяких випадках віруси викликають розмноження клітин, що призводить до росту пухлини. У зовнішньому середовищі швидко гине, при кип'ятінні та під дією дезрозчинів - миттєво. Зберігається в препаратах крові, витримує заморожування. Змінює антигенну структуру, через це важко приготувати вакцину. Культивується тільки в Т-лімфоцитах людини та людиноподібної мавпи.

Епідеміологія - джерело інфекції хвора людина та вірусоносій.

Заразними є кров, сперма, виділення з піхви, молоко матері, в малих дозах є в слині, поті сльозах тощо.

Шляхи зараження: а) статевий б) при переливанні інфікованої крові, виконанні парентеральних маніпуляцій забрудненим інструментарієм в) від ВІЛ-інфікованої матері плоду.

Групи ризику: повії, люди, що ведуть невідповідне статеве життя, гомо- та бісексуали, наркомани, гемофіліки.

Клініка - інкубаційний період від кількох тижнів до 5 років. Виділяють кілька періодів хвороби:

- 1) гостре захворювання
- 2) безсимптомне носійництво
- 3) генералізована лімфаденопатія
- 4) СНІЦ-асоційований комплекс (СНІЦ-АК)
- 5) СНІЦ

Гостре захворювання - виникає через 3-8 тижнів після зараження, нагадує мононуклеоз: субфебрилітет, слабкість, головний біль, пітливість, ломота у тілі, може бути поліморфний висип, збільшуються лімфовузли, виникають катаральні явища. В периферійній крові - лімфопенія змінюється лімфоцитозом, можуть бути мононуклеари. Тривалість стадій' від кількох днів до кількох місяців.

Безсимптомна - лейкопенія, лімфопенія, анемія, збільшення ШОЕ.

Лімфаденопатія - збільшується кілька груп лімфовузлів - пахвові, підщелепні, задньопшийні, передньопшийні, надключичні, ліктьові - невольові, рухливі, асиметричні. Повертаються явища інтоксикації (пітливість,

слабкість, головний біль, ломота у тілі), субфебрилітет, катаральні явища (ангіна), збільшується печінка та селезінка, виникають висипи на шкірі - гноячки, папули, плями, еритема, герпес. Стадія триває від 6 міс. до 5 років.

СНІД-АК - виникають ознаки, хоча дві з котрих тривають не менше трьох місяців: Періодична або постійна гарячка Втрата ваги на 10% і більше Генералізоване збільшення лімфовузлів Періодична або постійна діарея Нічна пітливість

Відчуття фізичного і психічного виснаження.

Стадія триває від 3 до 7 років - виникають бактеріальні (сальмонельоз, туберкульоз, пневмококкова пневмонія тощо), вірусні (герпес), протозойні (пневмоцистна пневмонія, токсоплазмозний енцефаліт, лямбліоз, амебіаз), грибкові інфекції, пухлинні процеси.

Туберкульоз може бути причиною смерті, уражується нервова система - менінгіт, енцефаліт, поліневрит, деменція. Пухлини дають метастазування.

Немає чіткої сежі між цією стадією та термінальною.

СНІД, термінальна стадія ВІЛ-інфекції - число СД4-лімфоцитів знижується до 50 клітин в 1мм^3 , виникає кахексія, гарячка, інтоксикація, деменція, наростає вірусемія. Продовжується 12- 24 міс. Завершується смертю.

Сестринська оцінка загального стану хворого при СНІДі.

- Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, адекватність, стан свідомості - марення, галюцинації, порушення сну.
- Стан гемодинаміки - артеріальний тиск, пульс.
- Вимірює температуру, визначає її характер, вимірює частоту дихання, характер дихання.
- Колір шкіри та склер, блідість або гіперемія, ціаноз, липкий холодний піт, холодні кінцівки, наявність поліморфних висипів, їх локалізація, герпес на губах та статевих органах.
- Збільшення однієї або кількох груп лімфовузлів.
- Пітливість.
- Слабкість.
- Схуднення.
- Біль - головний, що супроводжується нудотою та блюванням, ломота у тілі, біль у грудях під час кашлю, біль у животі у супроводі проносів.
- Порушення дихання, задишка, кашель з виділенням харкотиння.

Лабораторна діагностика -

Серологічна реакція ІФА з третього місяця від моменту зараження. Проводиться тричі. При позитивному результаті проводять розширену реакцію методом імуноблотингу.

Принципи лікування, діагностики, профілактики здійснюються згідно №120, 550, 580.

Лікування -

Противірусна терапія:

Азидотимідин (АЗТ)

Ретровір
Тимозид
Інтерферон

Антибіотики, сульфаніламід, протигрибкові, протипаразитарні, протитуберкульозні препарати.

Дезінтоксикаційна терапія антигістамінні, вітаміни, гепатопротектори тощо.

Догляд-

1. дотримання медичної таємниці, створення охоронного психологічного режиму
 2. використання одноразового інструментарію з послідовним знезараженням
 3. дотримання правил особистої безпеки - рукавички, маска тощо
 4. догляд за шкірою
 5. догляд за ротовою порожниною
 6. зміна натільної та постільної білизни
 7. проведення бесід для психологічного підтримання хворого, по раціональному харчуванню
 8. профілактика вторинних інфекцій
 9. поточна та заключна дезінфекція
 10. індивідуальне спостереження за важкохворими - Т°, Рз, А/Т, ЧД, блювання
 11. проведення бесід з родичами хворого по догляду за ним, психологічна адаптація
- Профілактика** - обстеження донорів, вагітних на ВІЛ-інфекцію, використання разових інструментів, перед стерилізаційна обробка інструментарію, робота в гумових рукавичках, при аваріях проводити профілактичні заходи, проведення вакцинопрофілактики ВГВ, пропагування аутогемотрансфузії та індивідуальних банків крові.

СКАЗ

Сказ - гостра інфекційна хвороба з групи вірусних зоонозів, розвивається внаслідок укусу або ослинення хворою твариною, характеризується енцефаломієлітом, що призводить до смерті, проявами різкого збудження рухових центрів, судомами м'язів глотки та дихальної мускулатури з наступним їх паралічем, слинотечею.

Етіологія - збудник рабдовірус, розмножується в тканині мозку теплокровних тварин. Існує дикий, вуличний вірус сказу та вірус, що Л. Пастер створив штучно для отримання антирабічної вакцини.

Нестійкий до дії дезрозчинів та кип'ятіння (гине через 2 хвилини), витримує заморожування та висушування.

Епідеміологія - джерело інфекції бродячі собаки, лисиці, вовки, їжаки, щурі, свійські тварини хворі на сказ. Природним резервуаром являються вовки, лисиці, шакали, серед них виникають спонтанні епізоотії.

Зараження відбувається через укуси або ослинення, найбільш небезпечні укуси в голову, шию, лице, кисті рук. Собака стає заразним наприкінці

інкубаційного періоду.

Клініка - інкубаційний період від 12 до 100 днів, це залежить від місця укусу та глибини рани.

У перебігу хвороби вирізняють три стадії провісників збудження паралітичну.

Стадія провісників - триває 1-3 дні, характеризується загостренням місця укусу, рубець червоніє, пече, свербить. Одночасно з'являється немотивована туга, страх, депресія, жахливі сновидіння. Температура буває субфебрильною.

Стадія збудження - виникає гідрофобія, аерофобія, акус-тикофобія, фотофобія з приступами шалу і слинотечі. Всі вищезгадані подразники викликають спазми мускулатури глотки, гортані, порушення дихання. Обличчя виражає жах та страждання, погляд спрямований в одну точку, екзофтальм. Хворі збуджені, кидаються, просять про допомогу. Приступи спочатку тривають декілька хвилин, надалі частішають та подовжуються, розлади психіки поглиблюються. Судоми частішають, приступи шалу набувають особливої сили, хворий має надлюдську силу, рве одяг, кидається на людей. Період збудження супроводжується слинотечею, посилюється потовиділення, буває блювання. В період між приступами хворі стають спокійнішими, балакучими, просять відноситись до них уважніше.

Стадія паралітична - припиняються приступи збудження, гідрофобії, хворий лежить нерухомо, шкіра вкрита краплинами поту, продовжується нестерпна слинотеча. Свідомість ясна, може їсти та пити, з'являється надія на видужання, але це " зловісне заспокоєння " триває 1-3 дні. Стан погіршується, розлади серцево-судинної діяльності. Смерть настає від паралічу серця, раптово без агонії.

Діагностика -

- 1) клініка
- 2) епіданамнез
- 3) гістологічне дослідження тканини мозку де знаходять тільця Бабаша - Негрі
- 4) біологічна проба.

Лікування - етіотропного не існує

- 1) догляд - захист від подразників
- 2) заспокійливі, наркотичні, снодійні протисудорожні, спазмолітичні засоби
- 3) серцеві засоби
- 4) люмбальна пункція для зниження тиску
- 5) за показниками трахеотомія.

Догляд - забезпечення індивідуального поста зашторити вікна, забезпечити тишу вимірювання Р_в, АТ, С, ЧД кожних 6 год. розташування хворого в зручному положенні при збудженні за призначеннями лікаря вводять седативні засоби та фіксують хворого до ліжка годування через зонд догляд за шкірою та слизовими оболонками поточна та заключна дезінфекція.

Профілактика - промити рану водою з милом, обробити краї 70% спиртом

або йодом, антирабічний гамаглобулін за методом Безредка по 0,25-0,5 мг/кг, антирабічну вакцину вводять підшкірно в основу живота, по 2-5 мл, курс 20-25 днів. Після основного курсу проводять 2-3 ревакцинації з інтервалом 10 днів.

ЛЕПТОСПИРОЗ

(Синоніми - хвороба Васильєва-Вейля, водна гарячка, покосна гарячка)

Це гостра інфекційна хвороба, що відноситься до групи природних зоонозів, передається основному водним шляхом, характеризується гарячкою, інтоксикацією, ураженням м'язів, нирок, печінки, ЦНС.

Етіологія - збудник лептоспіра з родини спірохет, спіральна, рухлива, потребує вологи, у вологому ґрунті зберігається 270 діб, у воді - кілька тижнів, у продуктах - кілька днів. Гине при дії прямого сонячного опромінення, кислот, луг, деззасобів.

Епідеміологія - джерелом інфекції є тварини - пацюки, миші, полівки, землерийки, собаки, свині, велика рогата худоба тощо.

Механізм зараження -

- 1) аліментарний - через воду і продукти харчування
- 2) контактний - при купанні, рибалці, с/х роботах, ушкодженні шкіри забрудненим предметом
- 3) аспіраційний - при заготівлі сіна.

Частіше хворіють доярки, пастухи, механізатори, ветеринари, косарі, працівники м'ясокомбінатів, боєн, дератизатори. Сезонність літньо-осіння.

Клініка -

Інкубаційний період 5-14 діб.

Виділяють жовтяничну та без жовтяничну форми, а також легку, середньо важку, важку.

Початок гострий, грипоподібний, виникає озноб, температура підвищується до 39 - 40°C. Турбує сильний головний біль. Безсоння, відсутність апетиту, спрага. Виникають характерні болі у м'язах, важко пальпувати, болі настільки сильні, що пацієнт не може рухатись, з'являється гіперестезія шкіри. Інтоксикація наростає, виникає нудота, м.б. блювання.

При обстеженні можна виявити гіперемію та одутлість обличчя, шиї, грудей. Може бути виражена ін'єкція судин склер. Мікрополіаденіт. Через кілька днів температура знижується, але потім виникає друга хвиля гарячки.

З боку серця - брадикардія, гіпотонія, м. б. явища міокардиту. Зів гіперемійований. Може бути поліморфний висип на шкірі, герпетичний висип на губах. Живіт помірно болючий за рахунок міалгії, печінка збільшена, чутлива.

З боку ЦНС - головний біль, безсоння, м.б. марення, судоми, ригідність м'язів потилиці, це *явища менінгізму*.

При *іктеро-геморагічній* формі хвороби наприкінці 1 тижня виникає жовтяниця шкіри та склер, потемніння сечі, помірний свербіж шкіри, стан хворого погіршується. Виникає *геморагічний* синдром - петехіальний висип на шкірі, точкові крововиливи в склери, гематоми, носові, маткові, шлункові кровотечі. Ступінь жовтяниці та геморагічного синдрому відповідає важкості

хвороби.

З перших днів захворювання виникає ураження нирок - олігурія, протеїнурія, циліндрурія, з'являється еритроцити та лейкоцити. З 7-10 дня хвороби може розвинути ГНІ, уремія, що може бути причиною смерті.

Другий тиждень хвороби відповідає її розпалу. Найбільшої інтенсивності досягають три ведучих синдроми хвороби - жовтяничний, геморагічний та менінгеальний.

При біохімічному дослідженні крові - помірне зниження протромбіну, підвищений рівень білірубину при нормальних показниках трансаміназ (АЛТ і АСТ), на відміну від вірусних гепатитів.

Ускладнення - увеїт, ірит, іридоцикліт, кровотечі, ГНН, ГПН, ГСП.

Сестринська оцінка загального стану хворого при лептоспірозі.

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, адекватність, стан свідомості, порушення сну.
2. Стан гемо динаміки - артеріальний тиск, пульс.
3. Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.
4. Колір шкіри та склер, висипи на шкірі, крововиливи у шкіру та склери.
5. Колір сечі та фекалій, добовий діурез.
6. Диспепсичні явища - відраза від їжі, нудота, блювання, пронос, солодкуватий печінковий запах з рота.

Лабораторна діагностика -

- 1) в перших три дні хвороби можна виявити лептоспіри в крові - посів крові на середовище з інактивованою сироваткою
- 2) На 2-3 тижні посів ліквору
- 3) З 7-8 дня мікроскопія осаду сечі в темному полі
- 4) Найчастіше використовують серологічну реакцію аглютинації та лізису (РАЛ) з лептоспірами, її проводять на 5 та 15 день хвороби, титр антитір зростає.

Лікування

- суворий ліжковий режим
- молочно-рослинна дієта,
- велика кількість питва
- в перших три дні вводиться протилептоспірозний гамаглобулін за Безредко по Юмл в/м протягом 3 діб
- пеніцилін по Імлн.6-8 р/д або тетрациклін по 0,2-0,3 4р/д до 3 дня нормальної температури
- дезінтоксикаційна терапія
- гормонотерапія
- гемостатична терапія
- у першій стадії НН сечогінні, гемосорбція

Догляд-

збирання сечі, визначення добового діуреза вимірювання Ps, АТ, t° кожних 6 год. розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою догляд за шкірою та слизовими оболонками зміна натільної та постільної білизни

при загрозі колапсу підняти ніжний кінець профілактика пневмонії
профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції догляд
при блюванні та проносі

Профілактика - проведення дератизації на бійнях та м'ясокомбінатах,
ветеринарний нагляд за худобою, щеплення людей, професія яких пов'язана з
небезпекою захворіти на лептоспіроз.

ЛІТЕРАТУРА:

А.В.Чорновіл, Р.Ю.Грицко, С.А.Лищенко «Клінічне медсестринство в
інфектології». ВСВ «Медицина», 2010., стр.113-126, 255-261, 274-279,
стр.238-247, 292-298.

Тема 7. Сибірка. Токсоплазмоз. Туляремія.

Короткий конспект теоретичного матеріалу

Сибірка - гостра інфекційна хвороба з групи зоонозів, спричиняється
спороносною бацилою сибірки, перебігає, залежно від місця проникнення у
шкірній або генералізованій формі, яка перебігає з септицемією з
виникненням вторинних вогнищ, ураженням печінки, селезінки, нирок,
мозкових оболонок.

Етіологія - збудник бацила сибірки, грампозитивна нерухлива
паличка, утворює спори, має капсулу, продукує екзотоксин - летальний
токсин, а також фактор набряку. Спори дуже стійкі у зовнішньому
середовищі, у ґрунті зберігається десятиріччями ("прокляті поля").
Кип'ятіння вбиває їх через 60 хвилин, обробка сухим жаром при темпе-ратурі
120°C через 2 години. Тривалий час зберігається у дублених шкірах та
солонині. Вегетативна форма нестійка, при нагріванні та дії дезрозчинів
швидко гине.

Епідеміологія - джерелом інфекції є травоядні тварини - велика рогата
худоба, вівці, коні. М'ясоїдні тварини можуть бути носіями інфекції. Хворі
тварини виділяють збудника з фекаліями та сечею.

Механізм передачі найчастіше

- контактний при попаданні спор на травмовану шкіру, іноді слизові
оболонки
- можливе по- вітряно-пилове зараження
- аліментарне.

Фактори передачі: виділення хворих тварин, їх трупи, шкіра, м'ясо,
ґрунт, вода, предмети навколишнього середовища, забруднені збудником,
шкіри, щетина, скотомо-гильники.

Небезпечні по сибірці професії: ветеринар, м'ясник, шкірник,
ганчірники.

Клініка - розрізняють дві форми: 1) шкірну (кар-бункульозний,

едематозний, бульозний, бешихоподібний варіанти); 2) генералізовану, або септичну форму (легеневий та кишковий варіанти).

Інкубаційний період шкірної форми 2-14 днів, генералізованої - від кількох годин до кількох днів.

Шкірна форма - уражаються відкриті частини тіла, частіше це один карбункул. У місці входних воріт з'являється пляма - макула, яка швидко перетворюється в папулу, яка супроводжується свербінням. При розчухуванні папула розривається, виділення серозно-геморагічні, на його місці утворюється виразка з темним дном, неbolюча. На слідуючий день утворюється струп, що нагадує вуглину. По краях виразки - червоний вал по якому висипають вторинні пухирці, які оточують виразку, як короною. Підшкірна клітковина під ділянкою некрозу утворює щільний набряк, неbolюча.

Навколо карбункула желеподібний набряк, неbolючий, драглистий. Якщо уражене обличчя, або шия можлива асфіксія. Характерний регіонарний лімфаденіт.

Загальні прояви - температура 38-39°C, озноб, головний біль, безсоння, починаючи з 5 дня піддаються зворотному розвитку. Карбункул регресує протягом 2-3 днів, на його місці утворюється рубець.

Генералізована форма - перебігає у вигляді сибіркового сепсису з ураженням легенів, або шлунково-кишкового тракту, частий летальний вихід.

Сестринська оцінка загального стану хворого при сибірці.

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, адекватність, стан свідомості - марення, галюцинації, порушення сну.
2. Стан гемодинаміки - артеріальний тиск, пульс.
3. Вимірює температуру, визначає її характер, вимірює частоту дихання, характер дихання.
4. Наявність неbolючого сибіркового карбункула, або локалізованої сверблячої гіперемії шкіри, драглистий набряк підшкірної клітковини в області ураженої шкіри. 3. Біль - головний, що супроводжується нудотою та блюванням, ломота у тілі та суглобах, біль у грудях під час кашлю, біль у животі у супроводі кров'янистих проносів.
6. Наявність менінгеального синдрому⁷.
7. Порушення дихання, задишка, кашель з кров'янистим харкотинням.

Діагностика -

- 1) клініка
- 2) епідеміологія
- 3) бактеріоскопія виділення карбункулу
- 4) бактеріологія
- 5) шкірно - алергічна проба
- 6) біологічна проба.

Лікування -

- 1) антибіотикотерапія - бензилпеніцилін по 1млн ОД кожні 3 години в/м не менше 10 днів
- 2) протисибірковий імуноглобулін за методом Безредко

- 3) патогенетична терапія
- 4) симптоматичне лікування.

Догляд-

забезпечення карантинного режиму при ОНІ доставка матеріалу в лабораторію здійснюється в опломбованому біксі, у супроводі медсестри на спецтранспорті

робота в протичумному костюмі забезпечення індивідуального поста біля важкохворих вимірювання Рз, АТ, 1° кожних 6 год. розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою надання інформації пацієнту щодо необхідності дотримання суворого ліжкового режиму та дієти при гарячці застосування мішура з льодом до області скронь хірургічне лікування сибіркового карбункула спалювання перев'язувального матеріалу догляд за шкірою та слизовими оболонками зміна натільної та постільної білизни з їх послідуною дезінсекцією при загрозі колапсу підняти ніжний кінець догляд при психомоторному збудженні догляд при нудоті та блюванні вимірювання добового діурезу профілактика пневмонії профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції

Профілактика - ветеринарний нагляд за тваринами, забій захворілих, поховання в скотомогильниках з насипанням хлорного вапна; імунізація осіб з підвищеним ризиком захворіти на сибірку; дератизація, при виникненні захворювання - карантин як при ОНІ, поточна та заключна дезінфекція, ізоляція та нагляд за контактними, робота з хворими та біоматеріалом в протичумному костюмі.

ТОКСОПЛАЗМОЗ.

Етіологія - збудник - токсоплазма, це протозойна хвороба.

Її розвиток відбувається зі зміною хазяїв. Кінцевим (основним) хазяїном є представники родини котячих.

Роль проміжного хазяїна виконують свійські і дикі тварини і птахи, а також людина.

В організмі проміжного хазяїна відбувається безстатеве розмноження (утворюються псевдоцисти, а також справжні цисти).

В організмі кінцевого хазяїна відбувається статевий цикл розвитку токсоплазм, утворюються ооцисти, які стають інвазивними.

Механізми зараження:

- аліментарний;
- трансплацентарний;
- через ушкоджену шкіру і слизові оболонки.

Патогенез: З нижніх відділів тонкої кишки токсоплазми з током лімфи досягають регіонарних лімфатичних вузлів, де розмножуються. З кров'ю вони попадають у печінку, селезінку, головний мозок, очі, міокард і скелетні м'язи.

Клініка: Інкубаційний період триває близько двох тижнів.

1. НАБУТИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ

- **Гостра форма**. Рідко зустрічається. Іноді має тяжкий генералізований перебіг у вигляді енцефаліту, виражена гарячка, загальна інтоксикація,

ознаки міокардиту, розеолезно- папульозний висип. Іноді перебігає стерто з незначною симптоматикою - міальгія, слабкість, нездужання. Такі хворі переважно видужують.

- **Хронічна форма.** Починається поступово. Загальна слабкість, дратівливість, головний біль, зниження пам'яті, порушення сну, біль у м'язах і суглобах, розлади зору, субфебрильна температура. Поліаденіт.
- **Латентна форма.**
- первинна латентна (виявити клінічні ознаки токсоплазмозу не вдається).
- вторинна латентна (резидуальні ознаки у вигляді кальцифікатів, склерозованих лімфатичних вузлів).

П. УРОДЖЕНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ

- **Гостра форма.** Тяжкий перебіг, гарячка, енцефаліт,
- хоріоретиніт.
- **Хронічна форма.** Субфебрилітет, інтоксикація,
- лімфаденопатія, міозит. Розвивається олігофренія, мікрофтальм, епілепсія.
- **Латентна форма.**
- **Діагностика.**
- Паразитоскопічне дослідження.
- Біологічна проба.
- Серологічне дослідження. (Себіна - Фельдмана).
- Алергологічні методи.

Лікування.

При гострій формі - хлоридин + сульфаніламідні препарати (7-10 днів).

Три курси з інтервалом 7-10 днів.

При хронічній формі - делягіл; метронідазол (0,25 x 4 р.) - 10 днів. Токсоплазмін.

Туляремія — гостра інфекційна хвороба тварин і людини. Патогенні мікроорганізми вражають насамперед лімфатичну систему і шкіру, селезінку; характеризується утворенням множинних гранулематозно-некротичних вогнищ у різних органах, лихоманкою і загальною інтоксикацією.

Після перенесеного захворювання виробляється довічний імунітет.

Причини туляремії

Збудник туляремії — бактерія франсіселла (*Francisella tularensis*), або туляремійна паличка. Основне джерело інфекції для людини — гризуни (ондатри, щури, миші, ховрахи, зайці). Досить часто заражаються мисливці, фермери, заготівельники хутра, м'ясники — після контакту із зараженими тваринами, під час оброблення туш.

Деякі види комах розповсюджують патогенні мікроорганізми через укуси тварин. Крім того, джерелом інфекції може бути вода, забруднена бактеріями. У виробничих умовах можливе зараження і через дихальну систему.

Передавання туляремії від людини до людини мало ймовірно.

Шляхи передавання інфекції:

- контактний — унаслідок контакту з хворими гризунами або їхніми виділеннями;
- аліментарний — через уживання харчових продуктів і води, інфікованих виділеннями гризунів;
- аерогенний (повітряно-пиловий) — під час обробки інфікованих зернових продуктів, фуражу;
- трансмісивний — інокуляція збудника комахами (іксодові та гамазові кліщі, гедзі, комарі, блохи).

Симптоми туляремії

Інкубаційний період триває від 1 до 30 днів (найчастіше 3–7 днів). Захворювання починається гостро: температура тіла швидко підвищується до 38–40 °С, виникає озноб.

Ознаки туляремії:

- збільшення лімфовузлів (пахових або шийних);
- сильний головний біль;
- загальна слабкість;
- запаморочення, порушення свідомості;
- біль у м'язах;
- нудота;
- блювання;
- почервоніння обличчя та очей;
- висип, який на 8–12-й день хвороби лущиться та може призвести до пігментації шкіри.

Без лікування хвороба триває довго, супроводжується лихоманкою, нагноєнням уражених лімфовузлів і розвитком ускладнень, небезпечних для життя людини, зокрема, артрити, менінгіту, енцефаліту, пневмонії та інфекційно-токсичного шоку.

Лікування туляремії

Лікування здійснюють виключно в умовах стаціонару. Пацієнтам призначають антибактеріальну терапію. **У жодному разі не займайтеся самолікуванням!**

Профілактика туляремії.

Для профілактики туляремії у людини використовують живу туляремійну вакцину (Ельберта — Гайського). Ревакцинацію здійснюють за показаннями через п'ять років (тварин не вакцинують).

Профілактика захворювання в ендемічних районах зводиться до боротьби з гризунами.

Стійкість патогену

Збудник туляремії характеризується високою стійкістю до впливу навколишнього середовища, особливо за низької температури та високої вологості.

У зерні, соломі за температури нижче 0 °С бактерії залишаються життєздатними до шести місяців, а за температури 20–30 °С — до 20 днів.

У замороженому м'ясі патоген може зберігатися до трьох місяців, тривалий час зберігається в охолодженому молоці, вершках.

ЛІТЕРАТУРА:

А.В.Чорновіл, Р.Ю.Грицко, С.А.Лишеньок «Клінічне медсестринство в інфектології». ВСВ «Медицина», 2010., стр.113-126, 255-261, 274-279, стр.238-247, 292-298.