**ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж»**

**МИНЗДРАВА РФ**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

**МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Сестринская помощь при нарушениях здоровья.**

**Раздел «Сестринская помощь в педиатрии»**

**Сестринский уход при скарлатине и дифтерии у детей**

**Специальность 34.02.01 «Сестринское дело**»

Разработчик:

преподаватель

сестринского дела в педиатрии

Гринь Елена Геннадьевна

г. Кисловодск

2016

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Данная методическая разработка предложена для проведения практического занятия по МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Сестринская помощь при нарушениях здоровья. Раздел «Сестринская помощь в педиатрии» по теме «Сестринский уход при скарлатине и дифтерии» для студентов 3 курса специальности «Сестринское дело»

Актуальность выбранной темы заключается в том, что инфекционные заболевания у детей занимают в структуре детской заболеваемости особое место. Вместе с тем, возникновение этих заболеваний является устранимым в случае проведения специфической и неспецифической иммуно- профилактики, соблюдения правил личной гигиены, своевременной санации хронических очагов инфекции.

Комплексный подход к рассмотрению вопросов лечения, ухода, профилактики, осложнений и ранней реабилитации, прогнозируемые последствия развития реальной ситуации не только придают процессу обучения глубину и осознаваемую ясность, но и способствуют практической реализации знаний и умений, полученных в учебной аудитории.

**Цели занятия:**

- реализовать межпредметные и внутрипредметные связи; активизировать у студентов познавательную деятельность;

- развить у студентов рациональные формы мышления;

- научить студентов анализировать, сравнивать, обобщать, систематизировать полученные данные.

**Учебные цели:**

- научить студентов клинически мыслить в создавшейся ситуации;

- научиться наблюдать и ухаживать за детьми с скарлатиной и дифтерией.

**Развивающие цели:**

- развивать логическое мышление;

- осуществлять связь с профессией;

- развивать самостоятельные умения и навыки.

**Воспитательные цели:**

- воспитывать у студентов чувство сострадания к больному ребенку и его родственникам;

- проявлять внимание и чуткость к пациентам, добросовестное отношение к своим обязанностям;

воспитывать инициативность и самостоятельность в учении, воспитывать добросовестное отношение к преподавателям.

Тип занятия: практическое.

Время: 180 минут.

Оснащение занятия:

* Муляжи.
* Кукла – фантом.
* Предметы ухода за ребенком.
* Медицинский инструментарий.
* Антибиотики, шприцы.
* Вакцина АКДС.

Студент должен

**знать:**

* организацию прививочной работы;
* схему противоэпидемических мероприятий в очаге;
* в детской поликлинике;
* соматическом стационаре;
* дошкольных и школьных учреждениях;
* сущность и цели иммунизации детей;
* вакцинирующие препараты;
* вакцинальный процесс и его закономерности;
* медицинские противопоказания к прививкам;
* профилактику поствакцинальных осложнений;
* транспортировку и хранение вакцин (холодовая цепь);
* обязанности участковой медицинской сестры по организации прививочной работы;
* этиологию скарлатины и дифтерии;
* клинические признаки скарлатины и дифтерии;
* профилактику осложнений;
* принципы лечения, ухода и профилактики.

**уметь:**

* провести противоэпидемические мероприятия в очаге инфекционного заболевания;
* оформить экстренное сообщение в СЭС (форма № 053/у);
* организовать проведение дезинфекции;
* заполнять форму № 063/у;
* выполнять все этапы сестринского процесса при организации ухода за детьми со скарлатиной и дифтерией;
* взять мазок из зева и носа на BL;
* провести вакцинацию АКДС - вакциной.

КАРТА МЕЖПРЕДМЕТНЫХ СВЯЗЕЙ

|  |  |
| --- | --- |
| Дисциплина | Межпредметные связи |
| Анатомия и физиология | Строение кожи, желез внутренней секреции |
| Основы латинского языка | Медицинская терминология |
| Основы сестринского дела | Философия сестринского дела, основные положения моделей сестринского дела, пять этапов сестринского процесса |
| Основы патологии | Представление о болезни, причины возникновения и закономерности патогенеза, механизмы адаптации организма, этиология и условия развития патологических состояний |
| Здоровый человек и его окружение | Периоды жизни, анатомо-физиологические и психологические особенности человека в разные возрастные периоды, понятия «здоровье», «качество жизни» |
| Гигиена и экология человека | Закономерности влияния факторов окружающей среды на здоровье человека; методика проведения санитарно-просветительской работы, здоровый образ жизни как экологический фактор здоровья человека |
| Психология | Представление о психогигиене, психопрофилактике и психотерапии, особенности психических процессов у здорового и больного человека) |
| Основы микробиологии, вирусологии и иммунологии | Эпидемиология, возбудители инфекционных заболеваний ЦНС |
| Фармакология | Лекарственные препараты, применяемые при инфекционных заболеваниях у детей |

ХРОНОКАРТА ЗАНЯТИЯ:

Организационный момент, мотивация занятия - 5мин.

Контроль знаний - 40мин.

Вводный инструктаж. Деловая игра с отработкой практических

манипуляций – 90 мин.

Закрепление материала, практическая часть – 30 мин.

Подведение итогов – 5 мин.

Задание на дом – 5 мин.

Заключительная часть – 5 мин.

Ход занятия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Организационный момент | | | |
| Действие преподавателя | Действия учащихся | Обоснование методических приемов | |
| Приветствует учащихся.  Обращает внимание на внешний вид.  Проверяет готовность учащихся к занятию.  Отмечает значимость данного занятия в будущей практике и жизни. | Приветствуют преподавателя.  Занимают рабочие места.  Слушают преподавателя.  Осмысливают план занятия. | Организует и дисциплинирует учащихся.  Создает рабочую обстановку.  Формирует познавательный интерес к учебной деятельности, к данной теме занятия, к своей профессии. | |
| 1. Контроль теоретических знаний | | | |
| Действие преподавателя | Действия учащихся | Обоснование методических приемов | |
| Проверяет знания по темам занятия в виде: фронтального опроса по контрольным вопросам (приложение № 1, 3), тестирование (приложение №2)  Проверяет тестовые задания, разбирая допущенные ошибки.  Выставляет оценки за каждый вид контроля. | Осмысливают вопросы, заданные преподавателем.  Отвечают на заданные вопросы.  Слушают ответы товарищей, дополняют ответы.  Решают тестовые задания в индивидуальных контрольных листах. | Выявление общей теоретической подготовки всей подгруппы и каждого учащегося в отдельности по теме занятия. | |
| 1. Контроль практических умений с обоснованием и дополнительными вопросами по теме занятия. | | | |
| Действие преподавателя | Действия учащихся | | Обоснование методических приемов |
| Проводит вводный инструктаж.  Распределяет роли среди учащихся для проведения деловой игры (приложение №4).  Дает вводную информацию по проведению деловой игры.  Слушает ответы на задания.  Контролирует выполнение манипуляции. | Слушают преподавателя.  Выбирают роли для участия в деловой игре.  Отвечают на задания.  Демонстрируют технику выполнения манипуляций.  Поясняют свои действия.  Наблюдают и исправляют ошибки допущенные другими студентами в ходе ответа. | | Умение обобщать, систематизировать теоретические знания.  Умение применять знания на практике.  Отработка умений.  Развитие умения анализировать итоги работы.  Развитие профессиона-льных умений.  Воспитание усидчивости, трудолюбия, аккуратности, бережного отношения к рабочему месту, инструментарию. |
| 1. Закрепление материала | | | |
| Действие преподавателя | Действия учащихся | | Обоснование методических приемов |
| Предлагает заполнить студентам формы 053/у и 063/у (приложение №5).  Оформление дневника. | Осмысливают задание преподавателя.  Заполняют формы.  Исправляют ошибки.  Записывают последовательность новых манипуляций (приложение № 6). | | Умение обобщать, систематизировать и применять полученные знания на других предметах. |
| 1. Подведение итогов занятия | | | |
| Действие преподавателя | Действия учащихся | | Обоснование методических приемов |
| Выясняет, что вызвало затруднения при выполнении заданий занятия.  Выставляет общие оценки за урок.(приложение №7)  Говорит об общем впечатлении от занятия.  Задает домашнее задание.  Объявляет, что занятие закончилось.  Напоминает учащимся убрать рабочие места. | Слушают преподавателя.  Обращают внимание на замечания преподавателя.  Оценивают вместе с преподавателем свою работу на задании.  Студенты записывают домашнее задание.  Уборка рабочих мест.  Покидают кабинет. | | Развитие умения анализировать свои ошибки и ошибки товарищей.  Развитие умения находить пути устранения ошибок.  Осмысление результатов занятия.  Развитие чувства ответственности за порученное дело. |

Приложение №1

**Контрольные вопросы для фронтального опроса.**

1. Дайте определение скарлатины.
2. Какими свойствами обладает возбудитель скарлатины?
3. Какие существуют источники инфекции?
4. Каковы механизмы и пути передачи инфекции?
5. Каков механизм развития скарлатины?
6. Какие осложнения возможны при скарлатине?
7. Какие принципы лечения скарлатины?
8. Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия проводят при скарлатине?
9. Каков прогноз заболевания?
10. Дайте определение дифтерии.
11. Какими свойствами обладает возбудитель дифтерии?
12. Какие существуют источники инфекции?
13. Каковы механизм и пути передачи инфекции?
14. Каков механизм развития дифтерии?
15. Каковы основные клинические проявления дифтерии ротоглотки?
16. Каковы основные клинические проявления дифтерии дыхательных путей?
17. Каковы основные клинические проявления дифтерии глаз?
18. Каковы основные клинические проявления дифтерии кожи?
19. Каковы основные клинические проявления дифтерии наружных половых органов?
20. Какие принципы лечения дифтерии?
21. Какие осложнения дифтерии вы знаете?
22. Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия проводят при дифтерии.

**Эталоны ответов**

1. Скарлатина – острое инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся общими симптомами интоксикации, ангиной и мелкоточечной сыпью на коже.

2. Возбудитель скарлатины β-гемолитический стрептококк группы А, образующий специфический токсин. Возбудитель скарлатины может длительно сохраняться вне организма на предметах, окружающих больного (на игрушках, постельных принадлежностях, коврах и др.). Заразительны все выделения больного (мокрота, слюна, моча, чешуйки эпителия во время шелушения кожи, слизь из носа и зева). При температуре 56-600С стрептококки инактивируются в течение 30 минут, очень чувствительны к воздействию дезинфектантов.

3. Больной с явной или скрытой формой скарлатины. Больные другой формы стрептококковой инфекции (стрептодермия, панариций, тонзиллит и др.). Больной заразен в течение всего периода болезни, особенно в последние дни инкубационного периода. Наиболее опасными источниками инфекции являются больные со стертыми формами заболевания и здоровые носители гемолитического стрептококка.

4. Механизм передачи скарлатины: аэрозольный.

Пути передачи: воздушно-капельный путь, воздушно-пылевой путь; пищевой путь.

5. Развитие заболевания обусловлено септическим, токсическим и аллергическим воздействием возбудителя на организм. Септическое воздействие проявляется воспалительными и некротическими изменениями в области входных ворот инфекции (ангина), затем по кровеносным и лимфатическим сосудам возбудитель проникает в регионарные лимфатические лимфоузлы, вызывая их воспаление (лимфаденит). В процессе роста и размножения возбудителя образуются токсины и аллергены, которые всасываются в кровь. Токсическое воздействие связано с эритрогенным токсином стрептококка, который, проникает в кровь и вызывает симптомы интоксикации. Стрептококк избирательно действует на центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, вызывая в остром периоде тяжелые нервные расстройства, а на второй неделе – поражение сердца и почек. В организме начинают вырабатываться антитоксические антитела, постепенно происходит ликвидация скарлатинозного токсикоза. Аллергическое воздействие оказывают продукты микробного распада и тканевых разрушений.

6.Септические осложнения: гнойный лимфаденит, отит, мастоидит, пневмония, гнойный плеврит, некротическая ангина (ранние осложнения, которые могут проявиться уже в первые дни болезни). Аллергические осложнения: поражение почек, сердца, суставов (поздние осложнения, которые выявляются на 2-3 неделе заболевания).

7. Основные принципы лечения.

Госпитализация осуществляется по клинико-эпидемиологическим показаниям. Постельный режим назначается на время острого периода. Диета должна быть полноценной с достаточным количеством витаминов, механически и химически щадящая. Этиотропная терапия проводится в течение 7 дней, препаратом выбора является пенициллин, из других антибиотиков назначают рулид, амоксилав, вепикомбин. Гипосенсибилизирующая терапия: тавегил, супрастин и др. Витаминотерапия. Полоскание зева слабыми растворами антисептиков, настоями ромашки, эвкалипта, календулы и пр.

8. Профилактика скарлатины.

Средства специфической профилактики скарлатины отсутствуют, поэтому ведущими являются: закаливание, соблюдение санитарно-гигиенического режима в детских учреждениях, ранее выявление и изоляция больных ангиной, витаминизация пищи и пр. Противоэпидемические мероприятия при скарлатине. Изоляция заболевшего (на дому или госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям) на 22 дня.

Карантин на 7 дней со дня разобщения с заболевшим. Дети, не болевшие скарлатиной, не допускаются в детские учреждения в течение 7 дней. Если заболевший скарлатиной лечится на дому, то для домашних контактных карантин – 17 дней.

Выявление контактных, взятие их на учет, ежедневное наблюдение за ними (осмотр зева, кожи измерение температуры, документирование результатов осмотра). Больные другими формами стрептококковой инфекции в очаге скарлатины (ангина, фарингит, стрептодермия и др.) изолируются на 22 дня.

Проведение текущей и заключительной дезинфекции.

Дети, переболевшие скарлатиной, допускаются в детское учреждение через 22 дня от начала заболевания, в связи с возможностью у них в периоде реконвалесценции развития поздних осложнений.

9. Прогноз.

Скарлатина является одним из самых коварных заболеваний, так как даже при легком течении болезни могут присоединяться осложнения со стороны сердца, почек, суставов, ЦНС и др.

10. Дифтерия – острое инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся фибринозным воспалением во входных воротах инфекции, интоксикацией и поражением сердца, почек, нервной системы.

11. Дифтерийные бактерии устойчивы во внешней среде, хорошо переносят высушивание и низкие температуры. В капельках слюны, на предметах домашнего ухода, на игрушках дифтерийные палочки могут сохраняться в течение 2-х недель, в пыли – до 2-х месяцев, в молоке и воде – до 20 дней. Возбудители дифтерии весьма чувствительны к воздействию прямых солнечных лучей, высоких температур, дезинфектантов.

12.Источники инфекции: больные люди; бактерионосители токсигенных коринебактерий (носительство может быть кратковременным от 1 до 7 дней и затяжным до 1 месяца).

13. Механизм передачи:

Аэрозольный.

Пути передачи инфекции:

воздушно-капельный;

воздушно-пылевой, контактно-бытовой:

пищевой.

14. Механизм развития заболевания. Дифтерийная палочка на месте внедрения размножается, выделяя экзотоксин, разносящийся по лимфатической и кровеносной системе. Действием этого токсина обусловлены все клинические проявления дифтерии как местные, так и общие. Токсин является типичным представителем группы нейротоксинов. Токсин на месте своего образования вызывает местное воспаление с фибринозным выпотом (плотным белесовато-серым налетом), сопровождающееся отеком окружающих тканей и воспалением близлежащих лимфатических узлов.

15. Локализованная форма характеризуется:

* умеренно выраженными симптомами интоксикации: чувство разбитости, головная боль, температура до 38 – 390С;
* незначительными болями при глотании;
* на месте внедрения возбудителя уже на 1 – 2 сутки болезни образуются пленки: нежные, тонкие, беловато-серого цвета налеты на одной или обеих миндалинах, гиперемия вокруг них небольшая, постепенно налеты на обеих миндалинах становятся плотными с гладкой, блестящей поверхностью и четко очерченными краями;
* умеренно увеличенными регионарными лимфатическими узлами.

При распространенной форме:

* общие явления интоксикации наиболее выражены: вялость, адинамия, снижение аппетита, температура 390С и выше;
* боли при глотании;
* налеты более массивные, захватывают не только миндалины, но переходят на дужки, язычок, боковую и задние стенки глотки, носоглотку, они серого цвета и более плотные;
* шейные лимфатические железы поражают сильнее, но отека шейной клетчатки не бывает;
* присоединяются расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы («инфекционное сердце») между 5 – 15-м днем болезни: брадиаритмия, падение АД, расширение границ сердца, ослабление тонов.

При токсической форме процесс вначале может напоминать предыдущие формы, а затем принимает бурное, тяжелое течение:

* температура высокая до 400С, держится 3 – 4 дня, выражены озноб, рвота, головная боль, слабость;
* отмечаются значительные боли при глотании;
* быстро развиваются обширные плотные налеты, беловато-серого или грязно-серые, распространяющиеся по всему зеву, глотке и носоглотке, часто заходя на мягкое и твердое небо, слизистая ротоглотки темно-красного цвета, резко отечная, отек бывает выражен несколько резко, что язычок сдавливается и ущемляется миндалинами, а иногда подвертывается назад, тогда задняя стенка глотки становится не видной;
* дыхание затруднено (стеноз глотки), храпящее, голос сдавленный, с носовым оттенком;
* речь невнятная, рот полуоткрыт, губы сухие, язык обложен, отмечается своеобразный сладковатый, приторный, тошнотворный запах изо рта;
* иногда наблюдаются сукровичные выделения из носа.

Отек шейной клетчатки – наиболее типичный симптом токсической формы (с одной или обеих сторон), он имеет вид мягкой, пастозной опухоли, безболезненной при пальпации, шея заметно утолщена, отек часто распространяется вниз, реже – вверх на лицо или назад, на шею.

I степень – отек шейной клетчатки до второй шейной складки (середина шеи);

II степень – отек шейной клетчатки до ключицы;

III степень – отек шейной клетчатки ниже ключицы, распространяющийся на грудь до сосковой линии или мечевидного отростка.

16. Основные клинические проявления дифтерийного крупа

В катаральном периоде:

* кашель становится более грубым, сухим, приобретает лающий характер;
* голос изменяется от хриплого до сиплого и, наконец, совсем пропадает (афания).

В стенотическом периоде:

* наиболее типичным признаком является – шумное дыхание вследствие того, что воздух проходит через суженную голосовую щель, сначала затрудняется вдох, а затем выдох, дыхание становится слышимым на большом расстоянии;
* ребенок беспокоен, мечется, выбирает себе положение, при котором было бы легче дышать, в начале приступы затрудненного дыхания короткие, затем – более длительные;
* в процесс постепенно вовлекается вспомогательная мускулатура, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки постепенно кашель становится беззвучным, пульс во время глубокого вдоха ослабевает или исчезает, нарастает цианоз.

В асфиктическом периоде:

* дыхание учащено, становится поверхностным;
* ребенок вялый, сонливый, перестает метаться;
* пульс нитевидный, едва ощутимый, АД падает;
* во время появления нового приступа удушья, может наступить быстрая смерть от асфиксии.

17. Клинические проявления дифтерии глаза.

При катаральной форме:

* умеренно выраженная интоксикация;
* появляются небольшие тягучие выделения из глаза на фоне воспалительной конъюнктивы;
* регионарный лимфаденит отсутствует.

При пленчатой форме:

* умеренная интоксикация;
* выражен отек век, на гиперемированной конъюнктиве – дифтерийные пленки;
* из конъюнктивального мешка выделяется серозно-гнойное отделяемое.

При токсической форме:

* острое бурное начало, выражены симптомы интоксикации;
* стремительно развивается отек век с распространением на периорбитальную область, щеки, нос, что деформирует лицо, делая его асимметричным, веки смыкаются, из глаз вытекает обильный сукровично-гнойный секрет, склеивающий ресницы, конъюнктивы покрыты характерным дифтерийным налетом, кожа вокруг глаз мацерирована, раздражена;
* в процесс вовлекаются регионарные лимфоузлы.

18. Основные клинические проявления дифтерии кожи или раны:

* симптомы интоксикации выражены умеренно;
* на пораженном участке кожи или раны появляются грязноватого вида плотные налеты с неприятным запахом;
* кожа вокруг раны отечна, но безболезненна;
* увеличены регионарные лимфоузлы.

19. Основные клинические проявления дифтерии наружных половых органов:

При локализованной форме:

* симптомы интоксикации выражены умеренно;
* из влагалища вытекают серозно-кровянистые выделения с неприятным гнилостным запахом;
* выражен отек и гиперемия влагалища, позже на слизистой оболочке появляются изъявления, покрытые грязноватым дифтерийным налетом.

При распространенной форме:

* процесс может переходить на промежность и область анального отверстия;
* паховые лимфатические узлы умеренно увеличены;
* развивается отек мягких тканей промежности, отечные ткани могут сдавливать мочеиспускательный канал, мочеиспускание становится затрудненным, частым, болезненным.

При токсической форме:

* резко выражены симптомы интоксикации;
* паховые лимфатические узлы увеличены, болезненные;
* отмечаются обширные плотные налеты серовато-серого цвета на промежности;
* появляется отек половых губ и подкожной клетчатки в области паха, бедер и лобка.

20. Основные принципы лечения дифтерии. Все больные подлежат обязательной и немедленной госпитализации и лечению до полной санации от возбудителя.

Специфическая серотерапия – введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (ПДС), является основным методом лечения дифтерии. Сывороточная терапия эффективна лишь в тех случаях, когда она назначается рано, до того, как токсин будет связан клетками тканей внутренних органов. Сыворотку, как правило, вводят однократно.

Схема введения антитоксической противодифтерийной сыворотки (рекомендуемая ВОЗ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма дифтерии | Доза сыворотки, АЕ | Метод введения |
| Локализованная | 10 000 – 30 000 | Внутримышечно |
| Распространенная | 30 000 – 40 000 | Внутримышечно |
| Субтоксическая | 30 000 – 40 000 | Внутримышечно |
| Токсическая | 40 000 – 80 000 | Внутримышечно, внутривенно |
| Круп локализованный | 10 000 – 30 000 | Внутримышечно |
| Круп распространенный и нисходящий | 30 000 – 40 000 | Внутримышечно, внутривенно |

Десенсибилизирующая терапия: супрастин, димедрол, тавегил, фенкарол.

Дезинтоксикационная терапия: гемодез, 5% раствор глюкозы, реополиглюкин, неокомпенсан, альбумин, полионные растворы.

Антибиотики: пенициллин, ампициллин, препараты цефалоспоринового ряда (при реинфекции), курс 7-10 дней.

Плазмаферез и гемосорбция при тяжелых формах и при позднем начале лечения (с заменой криогенной плазмой до 70-100% циркулирующей крови).

Кортикостероиды при токсических формах и при крупе.

Витаминотерапия.

Оксигенотерапия.

Диетическое питание.

При дифтерии гортани: введение эуфиллина, паровые ингаляции с растворами гидрокортизона, тепловые и отвлекающие процедуры. При неэффективности медикаментозного лечения крупа – интубация трахеи, а при нисходящем крупе – трахеостомия.

Посиндромная терапия (лечение миокардита, нефрита, параличей и других осложнений по принятым схемам).

21. Осложнения при дифтерии:

Воздействие токсина на внутренние органы (миокардит, сердечная недостаточность, параличи, нефрит и др.).

Присоединение вторичной бактериальной микрофлоры с развитием гнойных процессов (пневмония, отиты и др.).

Воздействие иммунных комплексов, образующихся в течение болезни.

Обтурация просвета дыхательных путей дифтерийными пленками при крупе.

22. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге дифтерии:

Ранняя диагностика и изоляция больного до полного клинического выздоровления и получения 2-х отрицательных анализов бактериологического исследования мазков из ротоглотки и носа, которые проводятся с двухдневным интервалом, но не раньше, чем через 3 дня после отмены антибиотиков.

На очаг накладывается карантин на 7 дней с момента разобщения с заболевшим, выявление контактных, взятие их на учет, ежедневное наблюдение за контактными (осмотр зева, кожи измерение температуры, документирование результатов осмотра); бактериологическое обследование контактных (мазок из ротоглотки и носа на BL-токсигенные коринебактерии).

Санация бактерионосителей токсигенных коринебактерий.

Заключительная дезинфекция после изоляции и выздоровлении больного.

Бактериологическое обследование больных с хроническими очагами инфекции, ангинами и ларингитами при кровянистых выделениях из носа.

Проведение плановой активной иммунизации детей: АКДС (ассоциированной коклюшно-дифтерийно-столбнячным анатоксином), АДС (ассоциированным дифтерийно-столбнячным анатоксином), АДС-М (ассоциированным дифтерийно-столбнячным анатоксином с уменьшенным содержанием антигенов) по схеме:

Вакцинация АКДС – с 3-х месяцев трехкратно с интервалом 45 дней.

Вакцинация АДС – с 3-х месяцев двукратно с интервалом 45 дней.

Вакцинация АДС-М – с 3-х месяцев двукратно с интервалом 45 дней.

1 ревакцинация – АКДС –в 18 месяцев.

1 ревакцинация АДС – через 12 месяцев после вакцинации.

1 ревакцинация АДС-М – через 9 месяцев после вакцинации.

Последующие ревакцинации в 9, 16 лет и далее через 10 лет, АДС анатоксином.

Лица, не подвергавшиеся иммунизации, в случае контакта с больным или носителем токсигенной дифтерийной палочки, подлежат немедленной вакцинации по полной схеме, а если контактные вакцинированы против дифтерии, но с момента последней ревакцинации прошло более 5 лет, то вводится поддерживающая доза АДС-М или АД-М анатоксином.

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами дифтерии проводится в течение 6 месяцев после выписки из стационара.

Приложение №2

**Тестовые задания**

Выберите один правильный ответ

1. Возбудителем скарлатины является:

а) гемолитический стрептококк группы А;

б) пневмококк;

в) стафилококк;

г) цитомегаловирус;

д) энтеровирус.

2. Инкубационный период при скарлатине составляет:

а) 1-10 дней;

б) 2-3 дня;

в) 5-7 дней;

г) 10-14 дней;

д) 1-5 часов.

3. «Малиновый язык» является характерным для:

а) ангины;

б) скарлатины;

в) дифтерии;

г) гриппа;

д) парагриппа.

4. Дифферинциальную диагностику при скарлитине следует проводить с:

а) корью;

б) краснухой;

в) псевдотуберкулезом;

г) лекарственным дерматитом;

д) всем перечисленным.

5. Источником инфекции при скарлатине является:

а) человек;

б) грызуны;

в) насекомые;

г) крупный рогатый скот;

д) домашние животные.

6. Планирование сестринского процесса при скарлатине включает все, кроме:

а) строгого постельного режима 10 дней;

б) санации полости рта;

в) мониторинга жизненно-важных функций;

г) контроля бактерионосителей;

д) контроля диуреза, анализов мочи.

7. Для скарлатины характерна:

а) геморрагическая сыпь вокруг суставов;

б) «звездчатая» геморрагическая сыпь на коже, чаще на ягодицах и нижних конечностях;

в) пятнисто- папулезная сыпь, которая превращается в везикулы округлой формы;

г) мелкоточечная сыпь;

д) мелкая пятнисто- папулезная сыпь.

8. При выявлении больного воздушно- капельной инфекцией медицинская сестра должна сделать все, кроме:

а) изолировать больного в отдельную палату, бокс;

б) проветрить и прокварцевать бокс;

в) провести текущую дезинфекцию в боксе, где был больной;

г) провести обследование больного, поставить сестринский диагноз;

д) назначить лечение больному.

9. С целью уменьшения зуда при синдроме сыпи у детей, назначают:

а) антигистаминные препараты;

б) седативные препараты;

в) мочегонные средства;

г) антибиотики;

д) противовирусные препараты.

10. Специфическая профилактика не разработана против:

а) паротитной инфекции;

б) кори;

в) полиомиелита;

г) скарлатины;

д) дифтерии.

11. Инкубационный период при дифтерии:

а) 2-10 дней;

б) 14 дней:

в) 21 день;

г) 2-21 день;

д) 1 месяц.

12. Дифтерийная пленка:

а) тонет в воде;

б) имеет белую окраску;

в) плотно спаяна с подлежащими тканями;

г) хорошо снимается;

д) распадается в воде.

13. Истинный круп наблюдается при:

а) гриппе;

б) ОРВИ;

в) о. ларинготрахеите;

г) дифтерии;

д) туберкулезе легких.

14. Госпитализация детей при дифтерии:

а) не обязательна;

б) подлежат только дети первого года жизни;

в) только в тяжелых случаях;

г) по решению врача;

д) обязательна.

15. Специфическая профилактика дифтерии - это:

а) проведение активной иммунизации (вакцина АКДС);

б) закаливание;

в) рациональное питание;

г) санация хронических очагов инфекции;

д) витаминотерапия.

16. Вакцинация АКДС проводится по схеме:

а) 0-3-6;

б) 3-4,5-6;

в) 1-3-6;

г) 3-4-5;

д) 3-5-7.

Эталон ответа.

1. а

2. а

3. б

4. д

5. а

6. г

7. г

8. д

9. а

10. г

11. а

12. в

13. г

14. д

15. а

16. б

Приложение №3

**Теоретический материал**

Сестринский уход при скарлатине.

Скарлатина(scarlatina) – острое антропонозное заболевание, проявляющееся интоксикацией, поражением ротоглотки и мелкоточечной экзантемой.

Краткие исторические сведения

Клиническое описание заболевания впервые сделал итальянский анатом и врач Д. Инграссиа (1564). Русское название болезни происходит от английского scarlet fever - «пурпурная лихорадка» - так называли скарлатину в конце XVII века. Стрептококковая этиология скарлатины, предполагавшаяся Г.Н. Габричевским и И.Г. Савченко (1905), доказана работами В.И. Иоффе, И.И. Левина, супругов Дик, Ф. Гриффта и Р. Лэнсфилд (30-40-е годы XX века). Большой вклад в изучение заболевания внесли Н.Ф. Филатов, И.Г. Савченко, А.А. Колтыпин, В.И. Молчанов и другие известные русские врачи.

Этиология

Возбудитель – стрептококк группы A (S. pyogenes), также вызывающий другие стрептококковые инфекции – ангины, хронические тонзиллиты, ревматизм, острый гломерулонефрит, стрептодермии, рожу и др.

Эпидемиология

Резервуар и источник инфекции – человек, больной ангиной, скарлатиной и другими клиническими формами респираторной стрептококковой инфекции, а также «здоровые» носители стрептококков группы А. Больной наиболее опасен для окружающих в первые дни болезни; его контагиозность прекращается чаще всего через 3 нед от начала болезни. Носительство стрептококков группы А широко распространено среди населения (в среднем 15-20% здорового населения); многие из носителей выделяют возбудитель на протяжении длительного периода времени (месяцы и годы).

Механизм передачи – аэрозольный, путь передачи – воздушно-капельный. Обычно заражение происходит при длительном тесном общении с больным или носителем. Возможны алиментарный (пищевой) и контактный (через загрязнённые руки и предметы обихода) пути инфицирования.

Естественная восприимчивость людей высокая. Скарлатина возникает у лиц, не имеющих антитоксического иммунитета, при их инфицировании токсигенными штаммами бактерий, выделяющих эритрогенные токсины типов А, В и С. Постинфекционный иммунитет типоспецифический; при инфицировании стрептококками группы А другого серовара возможно повторное заболевание.

Основные эпидемиологические признаки. Заболевание распространено повсеместно; чаще его встречают в регионах с умеренным и холодным климатом. Общий уровень и динамику многолетней и помесячной заболеваемости скарлатиной в основном определяют заболеваемость детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Ежегодно дети, посещающие детские учреждения, заболевают в 3-4 раза чаще детей, воспитывающихся дома. Наиболее резко эта разница выражена в группе детей первых 2 лет жизни (в 6-15 раз), в то время как среди детей 3-6 лет она менее заметна. Среди этих же групп отмечают наивысшие показатели «здорового» бактерионосительства.

Характерна связь скарлатины с предшествующими заболеваниями ангиной и другими респираторными проявлениями стрептококковой инфекции, возникающими в детских дошкольных учреждениях, особенно вскоре после их формирования. Заболеваемость в сеннее-зимне-весенний период наиболее высокая.

Одна из характерных особенностей скарлатины – наличие периодически возникающих подъёмов и спадов заболеваемости. Наряду с 2-4-летними интервалами отмечают интервалы с более крупными временными промежутками (40-50 лет) с последующим существенным увеличением количества заболевших. В начале 60-х годов XVII века Т. Сиденхем характеризовал скарлатину как «…крайне незначительное, едва заслуживающее упоминания страдание». Сделанное в то время описание клинической картины скарлатины напоминало скарлатину второй половины XX века. Однако уже через 15 лет Сиденхем столкнулся с тяжёлой скарлатиной и отнёс её по признаку тяжести в один разряд с чумой. XVII и XIX века характеризовались сменой периодов тяжёлой и лёгкой скарлатины. Среди известных обобщений по этому поводу можно сослаться на описание, принадлежащее Ф.Ф. Эрисману. Вот как он писал о скарлатине по литературным материалам двух столетий: «По временам наступают периоды исключительно доброкачественных или только злокачественных эпидемий скарлатины. Летальность при злокачественных эпидемиях составляет 13-18%, но нередко возвышается до 25% и достигает даже 30-40%».

В силу несовершенства системы регистрации, слабо развитой и не всегда доступной населению медицинской помощи, данные официальной статистики царской России не отражают истинного уровня заболеваемости скарлатиной. В отличие от прошлых веков за XX век мы располагаем достаточно обширной информацией. В столетнем интервале можно выделить три больших цикла заболеваемости.

Первый цикл характеризуется постепенным подъёмом заболеваемости с 1891 г. (115 на 100 000 населения) примерно в течение 10 лет. В последующем приблизительно 10 лет заболеваемость держалась на высоком уровне (в пределах 220-280 на 100 000 населения), затем произошло выраженное снижение заболеваемости к 1917-1918 гг. (до 50-60 на 100 000 населения). Сколько-нибудь достоверных данных об уровне заболеваемости скарлатиной в годы гражданской войны и интервенции не сохранилось.

Второй цикл пришёлся на интервал между 1918-1942 гг. с пиком заболеваемости в 1930 г. (462 на 100 000 населения). В последующие 4 года зарегистрировано столь же интенсивное её снижение до 46,0 на 100 000 населения в 1933 г. По заболеваемости в эти годы скарлатина занимала второе или третье место среди остальных детских капельных инфекций, сохраняя без существенных изменений свои основные эпидемиологические черты (периодические и сезонные колебания, очаговость и др.). Начавшееся снижение уровня заболеваемости несколько приостановилось в годы войны. Однако несмотря на тяжёлую обстановку в стране эта инфекция не приобрела эпидемического распространения. После нарастания заболеваемости в 1935-1936 гг. началось её очередное снижение, продолжавшееся и в период Великой Отечественной войны, и в 1943 г. показатель заболеваемости скарлатиной в СССР был ниже довоенного более чем в 2 раза.

Наиболее продолжительным был третий цикл, начавшийся сразу после Второй Мировой войны. Заболеваемость достигла максимума в 1955 г. (531,8 на 100 000 населения). Поскольку в 1956 г. был отменён комплекс противоскарлатинозных мероприятий в очагах, можно было ожидать в последующие годы интенсификации эпидемического процесса вследствие увеличения возможностей заражения при контакте с больными, оставленными на дому, и сокращения сроков их изоляции. Данные литературы, относящейся к концу 50-60-х годов, свидетельствуют о том, что этого не произошло. И наоборот, 60-70-е годы характеризовались снижением заболеваемости с её минимумом в 1979-80 гг. С 1950 по 1970 гг. в СССР были трижды зарегистрированы периодические подъёмы заболеваемости скарлатиной (1955, 1960 и 1966 гг.); каждый последующий из них был ниже предыдущего. Одновременно со снижением общего уровня заболеваемости скарлатиной зарегистрированы изменения в характере эпидемиологических особенностей: уменьшилась интенсивность очередных периодических подъёмов, стали менее резко выраженными ежегодные сезонные нарастания заболеваемости, увеличились удельный вес и показатели заболеваемости скарлатиной в группе детей старшего школьного возраста.

Патогенез

Возбудитель проникает в организм человека через слизистые оболочки зева и носоглотки, в редких случаях возможно заражение через слизистые оболочки половых органов или повреждённую кожу. В месте адгезии бактерий формируется местный воспалительно-некротический очаг. Развитие инфекционно-токсического синдрома обусловлен в первую очередь поступлением в кровоток эритрогенного токсина стрептококков (токсина Дика), а также действием пептидогликана клеточной стенки. Токсинемия приводит к генерализованному расширению мелких сосудов во всех органах, в том числе в кожных покровах и слизистых оболочках, и появлению характерной сыпи. Синтез и накопление антитоксических антител в динамике инфекционного процесса, связывание ими токсинов в последующем обусловливают уменьшение и ликвидацию проявлений токсикоза и постепенное исчезновение сыпи. Одновременно развиваются умеренные явления периваскулярной инфильтрации и отёка дермы. Эпидермис пропитывается экссудатом, его клетки подвергаются ороговению, что в дальнейшем приводит к шелушению кожи после угасания скарлатинозной сыпи. Сохранение прочной связи между ороговевшими клетками в толстых слоях эпидермиса на ладонях и подошвах объясняет крупнопластинчатый характер шелушения в этих местах.

Компоненты клеточной стенки стрептококка (групповой А-полисахарид, пептидогликан, белок М) и внеклеточные продукты (стрептолизины, гиалуронидаза, ДНК-аза и др.) обусловливают развитие реакций гиперчувствительности замедленного типа, аутоиммунных реакций, формирование и фиксацию иммунных комплексов, нарушения системы гемостаза. Во многих случаях их можно считать причиной развития гломерулонефрита, артериитов, эндокардитов и других осложнений иммунопатологического характера.

Из лимфатических образований слизистой оболочки ротоглотки возбудители по лимфатическим сосудам попадают в регионарные лимфатические узлы, где происходит их накопление, сопровождающееся развитием воспалительных реакций с очагами некроза и лейкоцитарной инфильтрации. Последующая бактериемия в некоторых случаях может привести к проникновению микроорганизмов в различные органы и системы, формированию гнойно-некротических процессов в них (гнойного лимфаденита, отита, поражений костной ткани височной области, твёрдой мозговой оболочки, височных синусов и т.д.).

Клиническая картина

Инкубационный период колеблется от 1 до 10 дней. Типичным считают острое начало заболевания; в некоторых случаях уже в первые часы болезни температура тела повышается до высоких цифр, что сопровождается недомоганием, головной болью, слабостью, тахикардией, иногда болями в животе. При высокой лихорадке впервые дни заболевания больные возбуждены, эйфоричны и подвижны или, наоборот, вялы, апатичны и сонливы. Вследствие выраженной интоксикации часто бывает рвота. Вместе с тем следует подчеркнуть, что при современном течении скарлатины температура тела может быть невысокой.

Возникают боли в горле при глотании. При осмотре больных наблюдают яркую разлитую гиперемию миндалин, дужек, язычка, мягкого нёба и задней стенки глотки («пылающий зев»). Гиперемия значительно интенсивнее, чем при обычной катаральной ангине, она резко ограничена в месте перехода слизистой оболочки на твёрдое нёбо. Возможно формирование ангины фолликулярно-лакунарного характера: на увеличенных, сильно гиперемированных и разрыхлённых миндалинах появляются слизисто-гнойные, иногда фибринозные и даже некротические налёты в виде отдельных мелких или (реже) более глубоких и распространённых очагов. Одновременно развивается регионарный лимфаденит, переднешейные лимфатические узлы при пальпации плотные и болезненные. Язык, сначала обложенный серовато-белым налётом, к 4-5-му дню болезни очищается и становится ярко-красным с малиновым оттенком и гипертрофированными сосочками («малиновый язык»). В тяжёлых случаях скарлатины подобную «малиновую» окраску отмечают и на губах. К этому же времени признаки ангины начинают регрессировать, некротические налёты исчезают гораздо медленнее. Со стороны сердечно-сосудистой системы определяют тахикардию на фоне умеренного повышения артериального давления.

Скарлатинозная экзантема появляется на 1-2-е сутки болезни, располагаясь на общем гиперемированном фоне, что является её особенностью. Сыпь – важный диагностический признак заболевания. Сначала мелкоточечные элементы возникают на коже лица, шеи и верхней части туловища, затем сыпь быстро распространяется на сгибательные поверхности конечностей, боковые стороны груди и живота, внутреннюю поверхность бёдер. Во многих случаях отчётливо выражен белый дермографизм. Очень важный признак скарлатины – сгущение сыпи в виде тёмно-красных полос на кожных складках в местах естественных сгибов, например локтевых, паховых (симптом Пастиа), а также в подмышечных ямках. Местами обильные мелкоточечные элементы могут полностью сливаться, что создаёт картину сплошной эритемы. На лице сыпь располагается на щеках, в меньшей степени – на лбу и висках, в то время как носогубный треугольник свободен от элементов сыпи и бледен (симптом Филатова). При надавливании на кожу ладонью сыпь в этом месте временно исчезает («симптом ладони»).

В связи с повышенной ломкостью сосудов можно обнаружить мелкие точечные кровоизлияния в области суставных сгибов, а также в местах, где кожа подвергается трению или сдавлению одеждой. Становятся положительными эндотелиальные симптомы: симптомы жгута (Кончаловского-Румпеля-Лееде) и резинки.

В некоторых случаях наряду с типичной скарлатинозной сыпью могут появляться мелкие везикулы и макуло-папулёзные элементы. Сыпь может появляться поздно, лишь на 3-4-й день болезни, или вообще отсутствовать.

К 3-5-м суткам заболевания самочувствие больного улучшается, температура тела начинает постепенно снижаться. Сыпь бледнеет, постепенно исчезает и к концу первой или началу 2-й недели сменяется мелкочешуйчатым шелушением кожи (на ладонях и подошвах оно носит крупнопластинчатый характер).

Интенсивность экзантемы и сроки её исчезновения могут быть различными. Иногда при лёгком течении скарлатины скудная сыпь может исчезнуть через несколько часов после появления. Выраженность шелушения кожи и его длительность прямо пропорциональны обилию предшествовавшей сыпи.

Экстрабуккальная скарлатина. Воротами инфекции становятся места поражения кожи – ожоги, ранения, очаги стрептодермии и т.д. Сыпь имеет тенденцию распространяться от места внедрения возбудителя. При этой редкой в настоящее время форме заболевания воспалительные изменения со стороны ротоглотки и шейных лимфатических узлов отсутствуют.

Стёртые формы скарлатины. Часто встречают у взрослых. Протекают со слабо выраженными общетоксическими симптомами, изменениями в ротоглотке катарального характера, скудной, бледной и быстро исчезающей сыпью. Вместе с тем у взрослых заболевание может иногда проходить и в тяжёлой, так называемой токсико-септической форме.

Токсико-септическая форма развивается редко и, как правило, у взрослых лиц. Характерны бурное начало с гипертермией, быстрое развитие сосудистой недостаточности (глухие тоны сердца, падение артериального давления, нитевидный пульс, холодные конечности), нередко возникают геморрагии на коже. В последующие дни присоединяются осложнения инфекционно-аллергического генеза (поражения сердца, суставов, почек) или септического характера (лимфадениты, некротическая ангина, отиты и др.).

Дифференциальная диагностика

Скарлатину следует отличать от кори, краснухи, псевдотуберкулёза, лекарственных дерматитов. В редких случаях развития фибринозных налётов и особенно при их выходе за пределы миндалин заболевание необходимо дифференцировать от дифтерии.

Скарлатину отличают яркая разлитая гиперемия ротоглотки («пылающий зев»), резко ограниченная в месте перехода слизистой оболочки на твёрдое нёбо, ярко-красный язык с малиновым оттенком и гипертрофированными сосочками («малиновый язык»), мелкоточечные элементы сыпи на общем гиперемированном фоне, сгущение сыпи в виде тёмно-красных полос на кожных складках в местах естественных сгибов, отчётливо выраженный белый дермографизм, бледный носогубной треугольник (симптом Филатова). При надавливании на кожу ладонью сыпь в этом месте временно исчезает («симптом ладони»), положительны эндотелиальные симптомы. После исчезновения экзантемы отмечают мелкочешуйчатое шелушение кожи (на ладонях и подошвах крупнопластинчатое).

Лабораторная диагностика

Отмечают изменения гемограммы, типичные для бактериальной инфекции: лейкоцитоз, нейтрофилию со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. Выделение возбудителя практически не проводят в связи с характерной клинической картиной заболевания и широким распространением бактерий у здоровых лиц и больных другими формами стрептококковой инфекции. Для экспресс-диагностики применяют РКА, выявляющую антигены стрептококков.

Осложнения

К наиболее частым осложнениям скарлатины относят гнойный и некротический лимфаденит, гнойный отит, а также осложнения инфекционно-аллергического генеза, чаще возникающие у взрослых больных – диффузный гломерулонефрит, миокардит.

Лечение

В настоящее время лечение скарлатины осуществляют на дому, за исключением тяжёлых и осложнённых случаев. Необходимо соблюдать постельный режим в течение 7-10 дней. Этиотропным препаратом выбора остаётся пенициллин курсом 10 сут. Альтернативные препараты – макролиды (эритромицин в дозе 250 мг 4 раза в сутки или 500 мг 2 раза в сутки) и цефалоспорины I поколения (цефазолин по 2-4 г/сут). Курс лечения также составляет 10 дней. При наличии противопоказаний к указанным препаратам можно применять полусинтетические пенициллины, линкозамиды. Назначают полоскания горла раствором фурацилина (1:5000), настоями ромашки, календулы, эвкалипта. Показаны витамины и антигистаминные средства в обычных терапевтических дозах.

Эпидемиологический надзор

Принимая во внимание положение, что скарлатина признана «болезнью организованных коллективов», в них необходимо осуществлять ежедневное отслеживание динамики заболеваемости ангиной и другими проявлениями респираторной стрептококковой инфекции для распознавания признаков ухудшения эпидемической ситуации и предсказания появления заболеваний скарлатиной и ревматизмом. Большое значение имеет мониторинг типовой структуры возбудителя и его биологических свойств. Известно, что популяция стрептококков группы А крайне гетерогенна и изменчива по типовой структуре и способности вызывать ревматизм, гломерулонефрит и токсико-септические формы инфекции (некротический фасциит, миозит, синдром токсического шока и др.). Подъём заболеваемости связан, как правило, со сменой ведущего серовара возбудителя (по структуре белка М).

Мероприятия в эпидемическом очаге

При скарлатине обязательной госпитализации подлежат следующие лица:

* больные с тяжёлыми и среднетяжёлыми формами инфекции;
* больные из детских учреждений с круглосуточным пребыванием детей (домов ребёнка, детских домов, школ-интернатов, санаториев и т.д.);
* больные из семей, где есть дети в возрасте до 10 лет, не болевшие скарлатиной;
* любые больные при невозможности надлежащего ухода на дому;
* больные из семей, где есть лица, работающие в детских дошкольных учреждениях, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, при невозможности их изоляции от заболевшего.

Выписку больного скарлатиной из стационара осуществляют после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания.

Порядок допуска переболевших скарлатиной и ангиной в детские учреждения:

* реконвалесцентов из числа детей, посещающих детские дошкольные учреждения и первые два класса школ, допускают в эти учреждения через 12 дней после клинического выздоровления;
* для больных скарлатиной детей из закрытых детских учреждений после выписки из стационара дополнительная 12-дневная изоляция допустима в том же закрытом детском учреждении при наличии в нём условий для надёжной изоляции реконвалесцентов;
* взрослых реконвалесцентов из группы декретированных профессий с момента клинического выздоровления на 12 дней переводят на другую работу (где они эпидемиологически не будут опасны);
* больных ангинами из очага скарлатины (детей и взрослых), выявленных на протяжении 7 дней с момента регистрации последнего случая скарлатины, не допускают в перечисленные выше учреждения в течение 22 дней со дня их заболевания (так же, как и больных скарлатиной).

При регистрации заболеваний скарлатиной в детских дошкольных учреждениях на группу, где выявлен больной, накладывают карантин сроком на 7 дней с момента изоляции последнего больного скарлатиной. В группе в обязательном порядке проводят термометрию, осмотр зева и кожных покровов детей и персонала. При появлении у кого-либо из детей повышенной температуры тела или симптомов острого заболевания верхних дыхательных путей следует провести немедленную их изоляцию от окружающих с обязательным осмотром кожных покровов. Всех контактировавших с больными, а также лиц с хроническими воспалительными поражениями носоглотки подвергают санации томицидом в течение 5 сут (полоскание или орошение зева 4 раза в день после еды). В помещении, где находится больной стрептококковой инфекцией, проводят регулярную текущую дезинфекцию 0,5% раствором хлорамина, посуду и бельё регулярно кипятят. Заключительную дезинфекцию не проводят.

Детей, посещающих детские дошкольные учреждения и первые два класса школы, не болевших скарлатиной и общавшихся с больным скарлатиной на дому, не допускают в детское учреждение в течение 7 сут с момента последнего общения с больным. Взрослых декретированных профессий, общавшихся с больным, к работе допускают, но за ними устанавливают медицинское наблюдение в течение 7 дней для своевременного выявления возможных скарлатины и ангины.

Лиц с выявленными острыми респираторными поражениями (ангиной, фарингитом и др.) следует осмотреть на наличие сыпи и отстранить от занятий, сообщив участковому врачу. Допуск их в детские учреждения осуществляют после выздоровления и предоставления справки о проведении лечения антибиотиками.

Диспансерное наблюдение за переболевшими скарлатиной и ангиной проводят в течение 1 мес после выписки из стационара. Через 7-10 дней проводят клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям – ЭКГ. При отсутствии отклонений от нормы проводят повторное обследование через 3 нед, после чего снимают с диспансерного учёта. При наличии патологии в зависимости от локализации переболевшего необходимо передать под наблюдение ревматолога или нефролога.

Сестринский уход при скарлатине у детей.

Одна из главных задач сестринского процесса – своевременно выявлять настоящие, потенциальные проблемы и нарушенные жизненно-важные потребности пациента и членов его семьи.

Возможные проблемы пациента:

* нарушение питания;
* нарушение сна;
* боли при глотании;
* снижение устойчивости к психическим и физическим нагрузкам;
* длительная разлука со сверстниками;
* неспособность ребенка самостоятельно справиться с трудностями, возникшими вследствие заболевания;
* снижение познавательной активности;
* присоединение осложнений.

Возможные проблемы родителей:

* дезадаптация семьи в связи с заболеванием ребенка;
* страх за ребенка, неуверенность в исходе заболевания;
* дефицит знаний о заболевании и уходе;
* психоэмоциональное напряжение, неадекватная оценка состояния ребенка.

Сестринское вмешательство

Информировать пациента и его родителей о возможных причинах развития скарлатины, клинических проявлениях, возможных осложнениях.

Организовать изоляцию пациента на 22 дня, при этом необходимо создать условия, исключающие возможность заражения других членов семьи, что достигается помещением больного ребенка в отдельную комнату, выполнением санитарно-гигиенических мероприятий при уходе.

Ежедневно проводить текущую дезинфекцию (выделить ребенку отдельную посуду, кипятить ее после использования, убрать на время болезни ковры, мягкие игрушки, оставить только те, что легко моются, проводить 2 раза в день влажную уборку с дезинфектантами, регулярно проветривать помещение).

Обеспечить пациенту постельный режим, расширять его необходимо постепенно под контролем жизненных функций и лабораторных показателей. Осуществлять динамический мониторинг за жизненно важными функциями (температурой, пульсом, АД, состоянием кожи, слизистых, характером физиологических отправлений).

Помочь родителям выявлять проблемы ребенка и научить их удовлетворять его жизненные потребности.

Проконсультировать родителей по вопросам организации питания ребенка во время болезни. Рекомендовать легко усвояемую полужидкую пишу, исключить из рациона питания острые и соленые, жирные и жаренные блюда. Увеличить объем вводимой жидкости до 1 – 1,5 литров, предпочтительно в виде витаминизированных напитков – чая с лимоном, разбавленных некислых соков, отвара шиповника. Способ приготовления: 3 столовых ложки ягод шиповника залить 2 стаканами кипятка, выдержать 10 – 15 минут в закрытой посуде на медленном огне, настоять, процедить, употреблять по 1/3 стакана 3 – 4 раза в день.

Контролировать проведение медикаментозной терапии, объяснять ребенку и родителям, что курс антибактериальной терапии должен быть не менее 7 дней (для предотвращения развития резистентных форм микроорганизмов и присоединения возможных осложнений). После курса антибактериальной терапии включить в диету молочнокислые биопродукты: биойогурт, биокефир, ацидофильное молоко.

Научить родителей готовить настои из трав или полоскания для зева: шалфей – 1 ст. ложку заварить 1 стаканом кипятка, настоять 20 минут, процедить, полоскать зев до 4-х раз в сутки; тысячелистник – 2 ст. ложки заварить 1 стаканом кипятка, настоять 60 минут, процедить, полоскать до 4-х раз в сутки; календула – 1 чайную ложку заварить 1 стаканом кипятка, настоять 30 минут, процедить, полоскать до 6 раз в сутки.

Заранее готовить ребенка к лабораторно-инструментальным исследованиям (клиническому забору крови, общему анализу мочи, ЭКГ) с помощью терапевтической игры.

Оказывать психологическую поддержку пациенту и его семье. Обеспечивать ребенку на время болезни интересный досуг. Рекомендовать всем членам семьи своевременно санировать хронические очаги инфекции.

Посоветовать родителям, после выздоровления проводить ребенку неспецифическую профилактику инфекционных заболеваний (полноценное витаминизированное питание, сон на свежем воздухе, закаливание, дозированные физические нагрузки, ЛФК, своевременную санацию полости рта, физиотерапию, курсы иммуностимулирующих средств и витаминотерапии).

Порекомендовать родителям, в периоде реконвалесценции продолжать наблюдение за ребенком – врачом педиатром и другими специалистами по показаниям в течение 1 месяца.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ДИФТЕРИИ

Дифтерия – острое инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся фибринозным воспалением во входных воротах инфекции, интоксикацией и поражением сердца, почек, нервной системы.

Этиология.

Дифтерийная палочка (Corynebacterium diphtheria) была открыта Клебсом в 1883 году. Спустя год была выделена чистая культура и описана Леффлером. Дифтерийные бактерии устойчивы во внешней среде, хорошо переносят высушивание и низкие температуры. В капельках слюны, на предметах домашнего ухода, на игрушках дифтерийные палочки могут сохраняться в течение 2-х недель, в пыли – до 2-х месяцев, в молоке и воде – до 20 дней. Возбудители дифтерии весьма чувствительны к воздействию прямых солнечных лучей, высоких температур, дезинфектантов.

Эпидемиология.

Эпидемии дифтерии всегда возникали периодически (через 10-15 лет). Максимальное количество заболеваний дифтерией у детей приходится на возраст от 9 до 10 лет. После 10 лет восприимчивость к дифтерии уме6ьшается с каждым годом. Однако следует помнить, что дифтерией может заболеть человек любого возраста, в том числе и новорожденные, и пожилые люди. Вспышки дифтерии чаще наблюдаются в осенне-зимнее время.

Источники инфекции:

* больные люди;
* бактерионосители токсигенных коринебактерий (носительство может быть кратковременным от 1 до 7 дней и затяжным до 1 месяца).

Эпидемиологическое значение имеют больные при всех локализациях патологического процесса, но наилучшие условия для распространения заболевания создаются при дифтерии ротоглотки. Большую эпидемиологическую опасность также представляют носители токсигенных коринебактерий.

Механизм передачи:

Аэрозольный.

Пути передачи инфекции:

* воздушно-капельный (при чихании, кашле, разговоре);
* воздушно-пылевой (в пыли коринебактерии сохраняются до 2-х месяцев);
* контактно-бытовой (через различные вещи, игрушки, а также предметы ухода);
* пищевой.

Входные ворота инфекции:

* слизистые оболочки (зева, глотки, гортани, носа, глаз, половых органов);
* кожа, если поврежден ее эпителий (раны, язвы, опрелости).

Механизм развития заболевания.

Дифтерийная палочка на месте внедрения размножается, выделяя экзотоксин, разносящийся по лимфатической и кровеносной системе. Действием этого токсина обусловлены все клинические проявления дифтерии как местные, так и общие. Токсин является типичным представителем группы нейротоксинов. Токсин на месте своего образования вызывает местное воспаление с фибринозным выпотом (плотным белесовато-серым налетом), сопровождающееся отеком окружающих тканей и воспалением близлежащих лимфатических узлов.

Особенности дифтерийной пленки:

* дифтерийная пленка плотно спаяна с подлежащими тканями;
* имеет белесовато-серую окраску;
* при попытке снять пленку обнаженная поверхность кровоточит;
* снятая пленка, помещенная в воду, не распадается и тонет.

Дифтеритическое воспаление на слизистых оболочках дыхательных путей (гортань, трахея) бывает более поверхностным (крупозным), так как слизистая оболочка покрыта однослойным эпителием, а на слизистой пищеварительного тракта с многослойным эпителием (зев, глотка) – более глубоким (фибринозно-дифтеритическим) и захватывает не только верхний слой эпителия, но и соединительно-тканную основу. Поэтому крупозные пленки из гортани, трахеи и бронхов легко отторгаются в виде слепков, а в зеве сидят плотно и при попытке их снять кровоточат. Крупозное воспаление и отек приходит к сужению (стенозу) дыхательных путей, вызывая затруднение дыхания. В механизме возникновения стеноза играет важную роль спазм мышц гортани. Дифтерийное поражение гортани и нижележащих дыхательных путей принято называть истинным крупом, в отличие от ложного крупа, наблюдающегося при ОРВИ и других инфекциях. Поступление токсина в ток крови вызывает общую интоксикацию различной степени. Токсин, разносится по организму, связывается с клетками, вызывая в них процесс воспаления и перерождения, особенно чувствительны к токсину нервная, эндокринная системы (надпочечники), сердце, печень, почки.

Поражение сердца сводится к явлениям воспаления сердечной мышцы в виде отека, кровоизлияния, гибели клеточных элементов (миокардит). Исход таких миокардитов – образование соединительной ткани на месте погибших волокон.

Поражение нервной системы приводит к гибели клеточных элементов в вегетативной нервной системе, а в периферических нервах – к невриту (гибель миелиновой и шванновской оболочек). Патологический процесс в нервных стволах приводит к замедлению проведения нервных импульсов на поперечно-полосатые мышцы, возникают периферические параличи мягкого неба, мышц шеи, туловища, конечностей, диафрагмы и дыхательных мышц. При эффективной терапии удается добиться восстановления утраченных функций.

В раннем периоде заболевания токсином повреждаются надпочечники (в основном мозговое вещество, образующее адреналин), чем и объясняется иногда быстрая гибель больных при тяжелой форме дифтерии в результате развития острой сосудистой недостаточности.

Тяжесть клинической картины и процесс выздоровления во многом зависит от токсигенности возбудителя, способности организма к накоплению антител (антитоксинов) и от сроков введения противодифтерийной сыворотки, способной нейтрализовать токсин, пока от не фиксировался в клетках.

В результате перенесенного заболевания вырабатывается антитоксический иммунитет, достаточно напряженный, но не стойкий. Повторные случаи заболевания дифтерией возможны.

Классификация дифтерии.

Наиболее частые клинические формы дифтерии:

* дифтерия ротоглотки.
* дифтерия дыхательных путей (гортань, трахея, нос).

Редко встречаются клинические формы:

Дифтерия глаза, кожи, половых и других органов.

Комбинированная клиническая форма:

Одновременное поражение нескольких органов.

Инкубационный период длится от 2 до 10 дней.

ДИФТЕРИЯ РОТОГЛОТКИ.

Дифтерия ротоглотки составляет 90 – 95 % всех случаев дифтерии.

В зависимости от распространенности, тяжести местного процесса и выраженности общей интоксикации, различают следующие формы дифтерии ротоглотки:

Локализованная форма: налеты не распространяются за пределы миндалин.

Распространенная форма: налеты распространяются по всей носоглотке.

Токсическая форма (наиболее тяжелая): помимо обширных налетов в зеве, имеется отек шейной клетчатки и общие явления тяжелой интоксикации.

Клинические проявления дифтерии ротоглотки:

Локализованная форма характеризуется:

* умеренно выраженными симптомами интоксикации: чувство разбитости, головная боль, температура до 38 – 390С;
* незначительными болями при глотании;
* на месте внедрения возбудителя уже на 1 – 2 сутки болезни образуются пленки: нежные, тонкие, беловато-серого цвета налеты на одной или обеих миндалинах, гиперемия вокруг них небольшая, постепенно налеты на обеих миндалинах становятся плотными с гладкой, блестящей поверхностью и четко очерченными краями;
* умеренно увеличенными регионарными лимфатическими узлами.

Процесс при локализованной форме длится 3 – 5 дней, при своевременно начатом лечении налеты постепенно рассасываются.

Осложнения в виде параличей и поражения сердечно-сосудистой системы (миокардит) могут развиться лишь в случаях позднего применения противодифтерийной сыворотки или при отсутствии сывороточного лечения.

При распространенной форме:

* общие явления интоксикации наиболее выражены: вялость, адинамия, снижение аппетита, температура 390С и выше;
* боли при глотании;
* налеты более массивные, захватывают не только миндалины, но переходят на дужки, язычок, боковую и задние стенки глотки, носоглотку, они серого цвета и более плотные;
* шейные лимфатические железы поражают сильнее, но отека шейной клетчатки не бывает;
* присоединяются расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы («инфекционное сердце») между 5 – 15-м днем болезни: брадиаретмия, падение АД, расширение границ сердца, ослабление тонов.

Продолжительность этой формы составляет 1,5 – 3 недели.

Позже могут присоединиться другие осложнения (парез мягкого неба и др.)

При токсической форме процесс в начале может напоминать предыдущие формы, а затем принимает бурное, тяжелое течение:

* температура высокая до 400С, держится 3 – 4 дня, выражены озноб, рвота, головная боль, слабость;
* отмечаются значительные боли при глотании;
* быстро развиваются обширные плотные налеты, беловато-серого или грязно-серые, распространяющиеся по всему зеву, глотке и носоглотке, часто заходя на мягкое и твердое небо, слизистая ротоглотки темно-красного цвета, резко отечная, отек бывает выражен несколько резко, что язычок сдавливается и ущемляется миндалинами, а иногда подвертывается назад, тогда задняя стенка глотки становится не видной;
* дыхание затруднено (стеноз глотки), храпящее, голос сдавленный, с носовым оттенком;
* речь невнятная, рот полуоткрыт, губы сухие, язык обложен, отмечается своеобразный сладковатый, приторный, тошнотворный запах изо рта;
* иногда наблюдаются сукровичные выделения из носа.

Отек шейной клетчатки – наиболее типичный симптом токсической формы (с одной или обеих сторон), он имеет вид мягкой, пастозной опухоли, безболезненной при пальпации, шея заметно утолщена, отек часто распространяется вниз, реже – вверх на лицо или назад, на шею.

Различают три степени выраженности токсической формы дифтерии ротоглотки:

I степень – отек шейной клетчатки до второй шейной складки (середина шеи);

II степень – отек шейной клетчатки до ключицы;

III степень – отек шейной клетчатки ниже ключицы, распространяющийся на грудь до сосковой линии или мечевидного отростка.

При своевременно проводимой специфической терапии острый период токсической формы дифтерии ротоглотки продолжается 7 – 8 дней. После отторжения налетов, ротоглотке еще некоторое время сохраняются некротические изменения, которые постепенно эпителизируются, одновременно уменьшается и исчезает отек шейной клетчатки, улучшается общее состояние.

Прогноз.

При дифтерии ротоглотки главная опасность и причина осложнений – это воздействие дифтерийного токсина на организм, особенно на сердце и нервную систему, вследствие чего могут развиться миокардит и параличи.

ДИФТЕРИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Дифтерийный (истинный) круп чаше встречается у маленьких детей в возрасте от 1 года до 5 лет. Заболевание начинается постепенно, по своему началу напоминает иногда ОРВИ, проявляясь умеренными подъемами температуры тела и небольшим кашлем, бледностью кожных покровов, но в дальнейшем последовательно развиваются характерные симптомы дифтерийного (истинного) крупа.

Круп может развиться первично, захватывая сразу и гортань и трахею, или же присоединиться к другим локализациям дифтерии, протекая одновременно с поражением ротоглотки и носа.

В картине развития дифтерийного крупа различают три периода:

I период – катаральный (1 – 3 дня).

II период – стенотический (от нескольких часов до 2 – 3 суток).

III период – асфиктический.

Основные клинические проявления дифтерийного крупа

В катаральном периоде:

* кашель становится более грубым, сухим, приобретает лающий характер;
* голос изменяется от хриплого до сиплого и, наконец, совсем пропадает (афония).

В стенотическом периоде:

* наиболее типичным признаком является – шумное дыхание вследствие того, что воздух проходит через суженную голосовую щель, сначала затрудняется вдох, а затем выдох, дыхание становится слышимым на большом расстоянии;
* ребенок беспокоен, мечется, выбирает себе положение, при котором было бы легче дышать, в начале приступы затрудненного дыхания короткие, затем – более длительные;
* в процесс постепенно вовлекается вспомогательная мускулатура, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки (подложечной области, межреберных промежутков, под- и надключичных пространств);
* постепенно кашель становится беззвучным, пульс во время глубокого вдоха ослабевает или исчезает, нарастает цианоз.

В асфиктическом периоде:

* дыхание учащено, становится поверхностным;
* ребенок вялый, сонливый, перестает метаться;
* пульс нитевидный, едва ощутимый, АД падает;
* во время появления нового приступа удушья, может наступить быстрая смерть от асфиксии.

Продолжительность II и III периодов – от нескольких часов до 2 – 4 суток, такое течение свойственно обычно дифтерийному крупу при позднем применении лечебной сыворотки. При своевременно начатой специфической терапии процесс может быть приостановлен после введения противодифтерийной сыворотки уже через 18 – 24 часа. Постепенно происходит обратное развитие симптомов, однако голос длительно остается беззвучным или сиплым.

Прогноз.

Зависит от тяжести заболевания, возраста ребенка, времени введения сыворотки и от своевременного проведенного неотложного вмешательства. Дифтерийный круп может осложниться пневмонией.

ДИФТЕРИЯ НОСА

Дифтерия носа – относительно легкая форма, но опасная тем, что ее легко можно просмотреть. Часто она является причиной перехода дифтерийного процесса на ротоглотку, гортань и другие органы и послужить источником распространения дифтерии. В основном встречается у детей раннего возраста.

Основные клинические проявления дифтерии носа:

* симптомы интоксикации выражены умеренно, температура тела нормальная или субфебрильная;
* в начале из одной половинке носа появляются сукровичные, а затем обильные слизистые или слизисто-гнойные выделения, на носовой перегородке – эрозии, язвочки, кровянистые корочки (катарально-язвенная форма) или фибринозные пленки беловато-серого цвета (пленчатая форма);
* носовое дыхание затруднено вследствие отека слизистой оболочки;
* выражена мацерация кожи под носом, кровянистые корочки у входа в нос и в области верхней губы.

При несвоевременно начатом лечении могут быть и токсические формы дифтерии носа.

ДИФТЕРИЯ ГЛАЗА

Дифтерия глаза (конъюнктивальная дифтерия). Чаще развивается вторично при наличии дифтерии другой локализации. В зависимости от глубины процесса различают три формы дифтерии глаза:

* Катаральную (поверхностную) форму.
* Пленчатую форму.
* Токсическую форму.

Клинические проявления дифтерии глаза.

При катаральной форме:

* умеренно выраженная интоксикация;
* появляются небольшие тягучие выделения из глаза на фоне воспалительной конъюнктивы;
* регионарный лимфадермит отсутствует.

При пленчатой форме:

* умеренная интоксикация;
* выражен отек век, на гиперемированной конъюнктиве – дифтерийные пленки;
* из конъюнктивального мешка выделяется серозно-гнойное отделяемое.

При токсической форме:

* острое бурное начало, выражены симптомы интоксикации;
* стремительно развивается отек век с распространением на периорбитальную область, щеки, нос, что деформирует лицо, делая его асимметричным, веки смыкаются, из глаз вытекает обильный сукровично-гнойный секрет, склеивающий ресницы, конъюнктивы покрыты характерным дифтерийным налетом, кожа вокруг глаз мацерирована, раздражена;
* в процесс вовлекаются регионарные лимфоузлы.

Прогноз.

Токсическая форма дифтерии глаза опасна тем, что при ней процесс захватывает глазное яблоко и может перейти на роговую оболочку, в результате чего нарушается зрение. При наслоении гнойной инфекции может развиться панофтальмит с полной потерей зрения.

ДИФТЕРИЯ КОЖИ

Дифтерия кожи – развивается при ее повреждениях, помимо этого дифтерийный налет может появиться на любом месте кожи, лишенной эпидермиса (кожные складки за ушами, на шее, в паху, в местах опрелости).

Основные клинические проявления дифтерии кожи или раны:

* симптомы интоксикации выражены умеренно;
* на пораженном участке кожи или раны появляются грязноватого вида плотные налеты с неприятным запахом;
* кожа вокруг раны отечна, но безболезненна;
* увеличены регионарные лимфоузлы.

Продолжительность процесса от 1 недели до 1 месяца.

ДИФТЕРИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Дифтерия наружных половых органов. Чаще возникает у девочек вторично, вслед за дифтерией другой локализации (заносится, в основном грязными руками).

Основные клинические проявления дифтерии наружных половых органов.

При локализованной форме:

* симптомы интоксикации выражены умеренно;
* из влагалища вытекают серозно-кровянистые выделения с неприятным гнилостным запахом;
* выражен отек и гиперемия влагалища, позже на слизистой оболочке появляются изъявления, покрытые грязноватым дифтерийным налетом.

При распространенной форме:

* процесс может переходить на промежность и область анального отверстия;
* паховые лимфатические узлы умеренно увеличены;
* развивается отек мягких тканей промежности, отечные ткани могут сдавливать мочеиспускательный канал, мочеиспускание становится затрудненным, частым, болезненным.

При токсической форме:

* резко выражены симптомы интоксикации;
* паховые лимфатические узлы увеличены, болезненные;
* отмечаются обширные плотные налеты серовато-серого цвета на промежности;
* появляется отек половых губ и подкожной клетчатки в области паха, бедер и лобка.

Осложнения при всех формах дифтерии развиваются по трем направлениям:

* Воздействие токсина на внутренние органы (миокардит, сердечная недостаточность, параличи, нефрит и др.).
* Присоединение вторичной бактериальной микрофлоры с развитием гнойных процессов (пневмония, отиты и др.).
* Воздействие иммунных комплексов, образующихся в течение болезни.
* Обтурация просвета дыхательных путей дифтерийными пленками при крупе.

Основные принципы лечения дифтерии.

Все больные подлежат обязательной и немедленной госпитализации и лечению до полной санации от возбудителя.

Специфическая серотерапия – введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (ПДС), является основным методом лечения дифтерии. Сывороточная терапия эффективна лишь в тех случаях, когда она назначается рано, до того, как токсин будет связан клетками тканей внутренних органов. Доза сыворотки определяется тяжестью заболевания. Сыворотку, как правило, вводят однократно.

Схема введения антитоксической противодифтерийной сыворотки (рекомендуемая ВОЗ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма дифтерии | Доза сыворотки, АЕ | Метод введения |
| Локализованная | 10 000 – 30 000 | Внутримышечно |
| Распространенная | 30 000 – 40 000 | Внутримышечно |
| Субтоксическая | 30 000 – 40 000 | Внутримышечно |
| Токсическая | 40 000 – 80 000 | Внутримышечно, внутривенно |
| Круп локализованный | 10 000 – 30 000 | Внутримышечно |
| Круп распространенный и нисходящий | 30 000 – 40 000 | Внутримышечно, внутривенно |

В случаях позднего начала лечения повторяют введение в той же или половинной дозе. В настоящее время используется высокоочищенная лошадиная сыворотка «Диаферм 3». Для предупреждения анафилактического шока первое введение сыворотки проводится по методу Безредка.

Десенсибилизирующая терапия: супрастин, димедрол, тавегил, фенкарол.

Дезинтоксикационная терапия: гемодез, 5% раствор глюкозы, реополиглюкин, неокомпенсан, альбумин, полионные растворы.

Антибиотики: пенициллин, ампициллин, препараты цефалоспоринового ряда (при реинфекции), курс 7-10 дней.

Плазмаферез и гемосорбция при тяжелых формах и при позднем начале лечения (с заменой криогенной плазмой до 70-100% циркулирующей крови).

Кортикостероиды при токсических формах и при крупе.

Витаминотерапия.

Оксигенотерапия.

Диетическое питание.

При дифтерии гортани: введение эуфиллина, паровые ингаляции с растворами гидрокортизона, тепловые и отвлекающие процедуры. При неэффективности медикаментозного лечения крупа – интубация трахеи, а при нисходящем крупе – трахеостомия.

Посиндромная терапия (лечение миокардита, нефрита, параличей и других осложнений по принятым схемам).

Лечение бактерионосителей:

* курсы антибиотикотерапии: препаратами тетрациклинового ряда или эритромицином в течение 7 дней;
* санация хронических очагов инфекции;
* общеукрепляющая терапия (полноценное питание, курсы витаминотерапии);
* при длительном бактерионосительстве водится вакцина «Кодивак» по 1-2 мл, подкожно 2-3 раза с интервалом в 3-5 дней, при наличии очагов хронической инфекции вакцину закапывают или распыляют по 2-3 капли в каждый носовой ход по 3 раза в течение недели (санирующий эффект достигается в 80% случаев).

Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге дифтерии:

Ранняя диагностика и изоляция больного до полного клинического выздоровления и получения 2-х отрицательных анализов бактериологического исследования мазков из ротоглотки и носа, которые проводятся с двухдневным интервалом, но не раньше, чем через 3 дня после отмены антибиотиков.

На очаг накладывается карантин на 7 дней с момента разобщения с заболевшим, выявление контактных, взятие их на учет, ежедневное наблюдение за контактными (осмотр зева, кожи измерение температуры, документирование результатов осмотра); бактериологическое обследование контактных (мазок из ротоглотки и носа на BL-токсигенные коринебактерии).

Санация бактерионосителей токсигенных коринебактерий.

Заключительная дезинфекция после изоляции и выздоровлении больного.

Бактериологическое обследование больных с хроническими очагами инфекции, ангинами и ларингитами при кровянистых выделениях из носа.

Проведение плановой активной иммунизации детей: АКДС (ассоциированной коклюшно-дифтерийно-столбнячным анатоксином), АДС (ассоциированным дифтерийно-столбнячным анатоксином), АДС-М (ассоциированным дифтерийно-столбнячным анатоксином с уменьшенным содержанием антигенов) по схеме:

Вакцинация АКДС – с 3-х месяцев трехкратно с интервалом 45 дней.

Вакцинация АДС – с 3-х месяцев двукратно с интервалом 45 дней.

Вакцинация АДС-М – с 3-х месяцев двукратно с интервалом 45 дней.

1 ревакцинация – АКДС –18 месяцев.

1 ревакцинация АДС – через 9-12 месяцев после вакцинации.

1 ревакцинация АДС-М – через 6-9 месяцев после вакцинации.

Последующие ревакцинации в 9, 16 лет и далее через 10 лет, АДС анатоксином.

Лица, не подвергавшиеся иммунизации, в случае контакта с больным или носителем токсигенной дифтерийной палочки, подлежат немедленной вакцинации по полной схеме, а если контактные вакцинированы против дифтерии, но с момента последней ревакцинации прошло более 5 лет, то вводится поддерживающая доза АДС-М или АД-М анатоксином.

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами дифтерии проводится в течение 6 месяцев после выписки из стационара.

Сестринский уход при дифтерии.

Своевременно выявлять настоящие, потенциальные проблемы, нарушенные жизненно важные потребности пациента и его родителей.

Возможные проблемы пациента:

* нарушение питания;
* лихорадка;
* нарушение сна;
* нарушение физической и двигательной активности;
* боли при глотании;
* изменение внешнего вида;
* неспособность ребенка самостоятельно справиться с трудностями, возникшими вследствие заболевания;
* страз перед госпитализацией, манипуляциями;
* разлука с близкими, сверстниками;
* снижение познавательной активности;
* осложнения заболевания (миокардиты, параличи).

Возможные проблемы родителей:

* дезадаптация семьи в связи с заболеванием ребенка;
* страх за ребенка, неуверенность в исходе заболевания;
* дефицит знаний о заболевании и уходе;
* психоэмоциональное напряжение;
* неадекватная оценка состояния ребенка;
* угроза инфицирования членов семьи.

Сестринское вмешательство.

Информировать пациента и его родителей о причине развития дифтерии, механизме передачи инфекции, клинических проявлениях, принципах лечения, профилактике.

Убедить родителей и ребенка, если позволяет его возраст и состояние, в необходимости срочной госпитализации для обеспечения благополучного исхода болезни, оказать помощь в госпитализации, объяснить преимущества своевременного проведения специфической серотерапии (с помощью введения антитоксической противодифтерийной сывороткой).

Осуществлять контроль за соблюдением ребенком строгого постельного режима, обеспечить ему комфортное положение в постели. Продолжительность постельного режима, обычно 2-3 недели, затем необходимо постепенно расширять режим под контролем жизненных функций и лабораторных показателей.

Осуществлять мониторинг жизненно важных функций (температуры, пульса, АД, ЧДД и пр.). Своевременно выполнять назначения врача. Оказывать доврачебную помощь при развитии неотложных состояний. Оценивать эффективность проводимой терапии. Вносить изменения в план ухода при присоединении осложнений, взаимодействовать с лечащим врачом.

Если позволяет состояние и возраст, необходимо побуждать детей к самоуходу: убедить полоскать зев слабыми растворами антисептиков, регулярно чистить зубы, следить за чистотой тела и одежды. Если он не может это делать сам, несколько раз в день проводить орошение полости рта с помощью грушевидного баллончика; преддверие рта, носа, язык обрабатывать стерильным глицерином, масляными растворами витаминов А и Е. При дифтерии глаз промывать конъюнктивиты растворами антисептиков, закапывать витамин А. При дифтерии дыхательных путей по показаниям, санировать дыхательные пути с помощью электроотсоса, проводить ингаляции с протеолитическими ферментами, эуфиллином или гидрокортизоном и оксигенотерапию с помощью маски или носовых канюль. Обеспечить пациента достаточным комплектом чистого нательного и постельного белья, проводить его смену, по мере необходимости. Организовать проведение текущей дезинфекции (проветривать палату 4-5 раз в сутки, дезинфицировать посуду, игрушки, предметы ухода, обстановки, проводить 2 раза в день влажную уборку с дезинфектантами и пр.).

Контролировать питание ребенка. Нельзя ребенка кормить принудительно, при отсутствии аппетита предложить теплые витаминизированные напитки (разведенные сладкие соки, морсы, компоты, дегазированную слабощелочную минеральную воду). Диета должна быть жидкой и полужидкой легкоусвояемой, обогащенная витаминами и исключающая острые блюда и трудно перевариваемые продукты. Частота кормлений должна составлять в остром периоде до 5-6 раз в сутки малыми порциями. После снятия симптомов интоксикации и восстановления эпителиального слоя слизистой ротоглотки можно переходить к обычной полноценной, но не грубой пище, предложить ребенку свежие некислые фрукты, фруктовые и овощные салаты, пюре, вегетарианские и нежирные супы на курином и говяжьем вторичном бульоне, полужидкие каши (гречневую, рисовую, овсяную), отварные или запеченные мясо, рыбу, не жирный творог, фруктовые йогурты. При параличе глоточной мускулатуры осуществлять кормление через зонд.

С помощью терапевтической игры своевременно готовить ребенка к манипуляциям и лабораторно-инструментальным методам исследования (инъекциям, взятию мазков из ротоглотки и носа на токсигенные коринебактерии, анализов крови, проведению ЭКГ и др.) на понятном ребенку языке объяснить, что и зачем нужно делать.

Корректировать поведение ребенка, своевременно устранять дискомфорт, связанный с длительным пребыванием в постели путем организации интересного досуга, давать соответствующие его возрасту задания, поощрять познавательную деятельность, дающую ему чувство удовлетворения, постоянно поддерживать положительный эмоциональный тонус.

Убедить родителей после выписки из стационара продолжить динамическое наблюдение за ребенком врачами – педиатром, отоларингологом и другими специалистами по показаниям, в течение 6 месяцев.

После выздоровления порекомендовать проводить неспецифическую профилактику инфекционных заболеваний (полноценное витаминизированное питание, закаливание, прием поливитаминов, иммунокоррегирующих средств и пр.).

Приложение №4

**Деловая игра** Сестринский уход при скарлатине

Участники: мама, больной ребенок, патронажная медицинская сестра, медицинская сестра приемного покоя, постовая медицинская сестра, процедурная медицинская сестра, эксперты.

1. Вводная информация.

М/с на патронаже у ребенка, больного скарлатиной.

Девочка 2 лет больна второй день.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура 38,8о, на коже всего тела на гиперемированном фоне красная мелкоточечная сыпь со сгущениями в складках кожи и на щеках, носогубный треугольник бледный, чистый от сыпи. В зеве яркая гиперемия слизистой оболочки, на левой миндалине гнойные фолликулы. Язык покрыт серым налетом. Со стороны внутренних органов - без видимой патологии. Физиологические отправления в норме.

1. Задания.

*Патронажная медицинская сестра.*

- провести беседу с мамой о необходимости госпитализации ребенка.

*Медицинская сестра приемного покоя.*

- провести осмотр пациента, определить проблемы, сформулировать цели и составить план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

- провести термометрию;

*Постовая медицинская сестра.*

- продемонстрировать технику проведения физических методов охлаждения.

*Процедурная медицинская сестра*

- продемонстрировать проведение на муляже технику проведения в/м инъекции.

3. Эксперты:

- оценка правильности выполнения манипуляций.

Эталон ответа

Мама отказывается от госпитализации, мотивируя это тем, что заболевание не опасно, и она сама справится с уходом за ребенком.

Патронажная медицинская сестра доступно объясняет матери необходимость госпитализации ребенка.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1.Информировать маму о причинах развития, клинических проявлениях скарлатины | Право на информацию. |
| 2.Информировать маму о возможном развитии осложнений таких как: отит, некротическая ангина, поражение почек, сердца, суставов. | Право на информацию. |
| 3. Учитывая ранний возраст ребенка и его состояние рекомендовать госпитализацию в инфекционную больницу. | Предупреждение развития осложнений. |
| 4. Срок изоляции больного ребенка 22 дня. | Чтобы не допустить распространение инфекции. |

После проведенной беседы, мама дала согласие на госпитализацию. Бригадой «Скорой медицинской помощи» ребенок вместе с мамой доставлены в приемный покой инфекционной больницы.

Цель достигнута.

После осмотра ребенка медицинская сестра приемного покоя выявила следующие проблемы:

* гипертермия;
* нарушение питания;
* нарушение сна;
* боли при глотании;
* снижение устойчивости к психическим и физическим нагрузкам.

Приоритетная проблема: гипертермия.

Цель: снизить температуру.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Уложить ребенка в постель.  2. Расстегнуть стесняющую одежду.  3. Обеспечить доступ свежего воздуха.  4. Провести мероприятия по снижению температуры:  а) обильное питье;  б) провести физическое охлаждение;  в) если температура выше 38,5о- ввести в/м литическую смесь:  анальгин+папаверин+димедрол  (по 0, 1мл/год).  5. В течении 20-30 мин. после начала мероприятий постараться вызвать мочеиспускание у ребенка.  6. Через 20-30 мин. повторить термометрию.  7. Провести коррекцию мероприятий с учетом показателей повторной термометрии. | 1.Повышение температуры признак интоксикации.  2. Облегчение экскурсии легких.  3. При гипертермии развивается гипоксия.  4. Повышенная температура не должна снижаться критически.  5. Обеспечение выведения токсинов из организма.  6. Контроль эффективности проведенных мероприятий.  7. Через 20-30 мин. температура должна снизиться на 0,2-0,3 градуса. |

Медицинская сестра приемного покоя демонстрирует манипуляцию в соответствии с алгоритмом действий.

Измерение температуры тела в паховой складке и подмышечной области.

Цель: определить температуру тела ребенка.

Оснащение:

- медицинский термометр;

- часы;

- марлевые салфетки-2 шт.;

- лоток с дезинфицирующим раствором;

- температурный лист, ручка.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| Подготовка к процедуре | |
| Объяснить маме или ребенку цель и ход манипуляции, получить согласие. | Обеспечение права на информацию, участие в процедуре. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Достать термометр из футляра, встряхнуть его и добиться, чтобы столбик ртути опустился ниже отметки 35оС | Обеспечение достоверности результата |
| Осмотреть паховую (подмышечную) область. | Исключение повреждений кожи. |
| Выполнение процедуры | |
| Протереть насухо салфеткой область, используемую для термометрии. | Влага охлаждает ртуть. |
| Поместить ртутный резервуар термометра в подмышечную или паховую область так, чтобы он полностью охватывался кожной складкой и не соприкасался с бельем. | Обеспечение условий для получения достоверного результата. |
| Фиксировать ногу ребенка (нога несколько согнута в тазобедренном суставе) или руку (плечо прижать к грудной клетке). | Смещение термометра искажает результат измерения. |
| Засечь время и через 10 минут извлечь термометр и определить его показания. | Оценка полученных данных. |
| Завершение процедуры | |
| Сообщить маме/ребенку результат термометрии. | Обеспечение права на информацию. |
| Зафиксировать температуру в температурном листе | Документирование результатов термометрии. |
| Термометр встряхнуть так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар. | Подготовка термометра к последующему измерению. |
| Полностью погрузить термометр в лоток с дезраствором (длительность дезинфекции зависит от используемого дезраствора). | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Вытащить термометр, промыть под проточной водой и вытереть насухо салфеткой. | Подготовка к последующему исследованию. |
| Поместить термометр в футляр. |  |

Ребенок госпитализируется в детское отделение инфекционной больницы.

Постовая медицинская сестра организует уход за ребенком.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1.Следить за регулярным проветриваниям помещения, проведением влажных уборок не менее 2 раз в день. | Уменьшается концентрация возбудителей во внешней среде.  Обеспечивается чистота воздуха. |
| 2.Организовать соблюдение санэпид.режима. | Стрептококк устойчив во внешней среде, может долго сохраняться на предметах, что делает возможным передачу инфекции через предметы, «третье лицо». |
| 3.Обеспечить больному правильное питание.  Пища должна быть:  а) механически, термически, химически щадящей;  б) богата калием;  в) с ограничением соли и жидкости;  г) с исключением облигатных аллергенов.  Диета должна соблюдаться не менее 3 недель. | Уменьшается раздражение слизистой оболочки зева.  Калий улучшает работу сердца.  Уменьшается нагрузка на почки, сердце, т.к. есть вероятность развития нефрита, миокардита.  Стрептококк аллергизирует организм и способствует развитию инфекционно-аллергических заболеваний сердца, почек.  Развитие инфекционно-аллергических осложнений происходит в течении 1-3 недель от начала заболевания. |
| 4. Организовать и следить за соблюдением ребенком в течении острого периода постельного режима. Обеспечить его постепенное расширение по мере улучшения состояния ребенка. | Предупреждается развитие осложнений. |
| 5.Следить за гигиеной ротовой полости. | Наличие ангины. |
| 6. При организации досуга ребенка ограничить физические и эмоциональные нагрузки. | Профилактика осложнений. |
| 7.Контролировать диурез и характер мочи больного в течение 3 недель. | В течение 1-3 недель возможно развитие нефрита. |

Постовая медицинская сестра демонстрирует манипуляцию в соответствии с алгоритмом действий.

ФИЗИЧЕСКОЕ ОХЛАЖДЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ЛЬДА.

Цель: добиться снижения температуры.

Оснащение:

- пузырь со льдом;

- кусковой лед;

- деревянный молоток;

- вода 14-16о С;

- пеленки 3-4 шт.

- флаконы со льдом;

- часы.

Обязательное условие: при проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры через 20-30 мин. и проводить коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| Подготовка к процедуре | |
| Объяснить маме или ребенку цель и ход манипуляции, получить согласие. | Обеспечение права на информацию, участие в процедуре. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Поместить кусковой лед в пеленку.  Разбить на мелкие кусочки 1-2 см деревянным молотком. | Измельченный лед более равномерно распределяется в пузыре. |
| Наполнить пузырь со льдом на ½ объема и долить холодной воды до 2/3 объема. | Тающий лед поддерживает температуру воды 10-12о С. |
| Вытеснить воздух из пузыря нажатием руки, расположив его на твердой поверхности. | Обеспечение свободного пространства для воды, образующейся во время таяния льда. |
| Плотно закрыть пузырь крышкой и перевернуть пробкой вниз. | Обеспечение и проверка герметичности. |
| Завернуть пузырь в сухую пеленку. | Профилактика обморожения кожи. |
| Выполнение процедуры | |
| Приложить пузырь со льдом к голове ребенка на расстоянии 2-3 см.  Проверить расстояние между пузырем и головой ребенка расположив между ними ребро ладони, оно должно свободно проходить. | Предупреждение местного охлаждения. |
| Флаконы со льдом приложить на области крупных сосудов, предварительно прикрыв их пеленкой (подмышечные области, паховые складки, подколенные ямки).  Зафиксировать время.  Примечание: длительность процедуры не более 20-30 мин. При необходимости ее повторения перерыв должен составлять не менее 10-15 мин.  По мере таяния льда сливать воду из пузыря и подкладывать в него новые кусочки льда, менять флаконы. | Улучшение теплоотдачи.  Предупреждение местного обморожения.  Исключение вероятности возникновения патологических состояний, связанных с длительным местным спазмом сосудов. |
| Завершение процедуры | |
| Через 20-30 мин. убрать пузырь и флаконы и померить температуру ребенку. | Определение эффективности проведения процедуры.  Если мероприятия эффективны, то температура должна снизится на 0,2-0,3оС. |
| Провести коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии. | При снижении температуры через 20-30 мин. на 0,2-0,3о С проводимые мероприятия прекращаются, при отсутствии положительной динамики или повышении температуры необходимо перейти на следующий этап гипотермии. |
| Вылить из пузыря воду.  Обработать наружную поверхность дезинфицирующим раствором. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

После проведенных мероприятий температура тела не снизилась.

Провести коррекцию мероприятий согласно назначения врача.

Процедурная медицинская сестра вводит в/м литическую смесь: анальгин+папаверин+димедрол (по 0, 1мл/год).

Процедурная медицинская сестра демонстрирует манипуляцию в соответствии с алгоритмом действий.

Проведение внутримышечной инъекции.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| Подготовка к процедуре | |
| Объяснить маме или ребенку цель и ход манипуляции, получить согласие. | Обеспечение права на информацию, участие в процедуре. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Прочитать надпись на ампулах (наименование, доза, срок годности) | Исключение ошибочного введения препаратов, введение препаратов с истекшим сроком годности. |
| Определить необходимое количество лекарственного средства для введения. | Обеспечение введения необходимой дозы. |
| Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Вскрыть упаковку шприца (сбросить в отходы класса А).  Надеть на него иглу с колпачком, зафиксировать.  Снять колпачок с иглы (сбросить в отходы класса А).  Собранный шприц поместить внутрь стерильного столика или лотка. | Обеспечение инфекционной безопасности.  Предупреждение падения иглы во время работы. |
| Протереть шейку ампулы с лекарственным средством ватным шариком, смоченным спиртом, надрезать наждачным диском.  Накрыть стерильной салфеткой и надломить (сбросить ватный шарик и салфетку в отходы класса А). | Обеспечение профилактики инфицирования во время инъекции.  Профилактика травмирования рук. |
| Набрать в шприц нужное количество лекарственного средства (сбросить ампулу в отходы класса А), сбросить иглу в иглосъемник. | Обеспечение необходимого количества лекарственного средства. |
| Надеть и закрепить на шприце иглу для инъекций. | Предупреждение падения иглы во время инъекции. |
| Подняв шприц иглой вверх, выпустить через иглу 1-2 капли раствора.  Положить шприц внутрь стерильного столика или лотка. | Вытеснение воздуха из шприца и иглы. |
| Выполнение процедуры | |
| Перед выполнением процедуры руки в перчатках обработать 70% спиртом или антисептическим раствором.  Обработать верхне-наружный квадрант ягодицы дважды (сначала большую поверхность, затем место инъекции) 70% спиртом. Третий шарик оставляем в руке.  Фиксируем кожу первым и вторым пальцами.  Вводим иглу под углом 90о, оставив 2-3 мм иглы над кожей.  Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство.  Извлечь иглу как обычно. | Обеспечение инфекционной безопасности.  Обеззараживание инъекционного поля.  Обеспечение правильной техники введения. |
| Обработать место инъекции ватным шариком, смоченным 70о спиртом. | Профилактика развития постиъекционного абсцесса. |
| Сбросить ватные шарики в емкость с дез.средством.  Набрать через иглу дез.раствор, отсечь иглу с помощью иглосъемника. Шприц поместить в емкость с дез.раствором, затем утилизировать в отходы класса Б. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Завершение процедуры | |
| Снять перчатки.  Вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

После повторной термометрии температура снизилась на 0,4о.

Цель достигнута.

Эксперты проводят анализ и правильность выполнения манипуляций.

Приложение №5

Приложение № 1

к Приказу Минздрава СССР

от 29 декабря 1978 г. N 1282

Учреждение

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Экстренное извещение

об инфекционном заболевании, пищевом,

остром профессиональном отравлении,

необычной реакции на прививку

1. Диагноз

(подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть))

2. Фамилия, имя, отчество

3. Пол: м. ж. (подчеркнуть)

4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения)

5. Адрес, населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом №\_\_\_\_\_ кв. №

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Даты:

заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

первичного обращения (выявления)

установления диагноза

последнего посещения детского учреждения, школы

госпитализации

8. Место госпитализации

9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен

пострадавший

10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и

дополнительные сведения

11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС \_\_

Фамилия сообщившего

Кто принял сообщение \_

12. Дата и час отсылки извещения

Подпись пославшего извещение \_

Регистрационный номер в журнале ф. N 60

лечебно-профилактического учреждения

13. Дата и час получения извещения СЭС

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в журнале ф. № 60 санэпидстанции

Подпись получившего извещение.

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающим их, а также при изменении диагноза. Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п. 1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

Извещения составляются также на случаи укусов, оцарапания, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

Приложение № 6

Взятие мазка на дифтерию

Показания. Обследование здоровых и больных детей.

Цель: собрать материал для бактериологического обследования.

Оснащение:

- резиновые перчатки, маска;

- стерильные пробирки с сухими ватными тампонами (2шт);

- штатив для пробирок;

- стерильный шпатель;

- бланк- направление в лабораторию;

- стеклограф.

Обязательное условие: забор материала из зева проводить натощак, до орошения или полоскания рта.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| Подготовка к процедуре | |
| Объяснить маме или ребенку цель и ход манипуляции, получить согласие. | Обеспечение права на информацию, участие в процедуре. |
| Подготовить необходимое оснащение.  Выписать направление в лабораторию. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки, надеть маску, перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Поставить на инструментальный столик необходимое оснащение (расположив по правую руку)  Стеклографом промаркировать пробирки «Н» (нос), «З» (зев). | Создание удобства при проведении процедуры. |
| Усадить ребенка лицом к источнику света и при необходимости зафиксировать с помощью помощника. | Необходимое условие для проведения процедуры. |
| Выполнение процедуры | |
| Извлечь ватный тампон из пробирки, маркированной знаком «Н», взяв его правой рукой за пробку, в которую он вмонтирован. | Маркировка «Н» означает – нос. |
| Большим пальцем левой руки приподнять кончик носа ребенка. | Обеспечение доступа к слизистой оболочке носовых ходов. |
| Осторожно ввести тампон вращательными движениями в один носовой ход, затем в другой, плотно прикасаясь к их стенкам. | Условие, обеспечивающее эффективность проведения процедуры. |
| Собрав материал, поместить тампон в пробирку, не касаясь ее краев. | Обеспечение достоверности результата исследования. |
| Попросить ребенка широко открыть рот и шпателем нажать на корень языка.  Примечание: ребенку младшего возраста открыть рот с помощью шпателя, взяв его, как писчее перо, левой рукой, ввести в ротовую полость до зубов, повернуть ребром и провести по боковой поверхности десен до места окончания зубов, после чего повернуть его плашмя, поместить на корень языка и резко нажать на него. | Обеспечение доступа к зеву. |
| Извлечь ватный тампон из пробирки, маркированной знаком «З», взяв его правой рукой за пробку, в которую он вмонтирован. | Маркировка «З» означает – зев. |
| Осторожно, не касаясь языка и щек, ввести тампон в область рта. |  |
| Снять тампоном слизь с небных дужек и миндалин в последовательности: дужка – миндалина – язычок – дужка – миндалина.  Примечание: при наличии пленки в зеве и подозрении на дифтерию – материал собирать на границе здоровой и пораженной ткани. | Максимальное скопление дифтерийных палочек отмечается в данных участках. |
| Собрав материал, поместить тампон в пробирку, не касаясь ее краев. | Обеспечение достоверности результата исследования. |
| Завершение процедуры | |
| Вымыть и обработать антисептическим раствором руки в перчатках.  Снять маску.  Вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Отправить материал в бак.лабораторию в сопровождении направления (не позднее 3 часов после забора при условии хранения в холодильнике). | Обеспечение достоверности результата исследования. |

Направление в бак.лабораторию:

Бактериологическое исследование на наличие возбудителя дифтерии (бацилла Лефлера – BL)

Ф.И.ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Детское учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время обследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ВВЕДЕНИЕ АКДС – ВАКЦИНЫ

Цель: профилактика коклюша, дифтерии, столбняка.

Оснащение:

- стерильный столик с ватными шариками, салфетками, пинцетом;

- перчатки стерильные;

- вакцина АКДС;

- мензурка для помещения в нее ампулы с вакциной;

- светозащитный конус из черной бумаги;

- шприц;

- емкости с дезраствором;

- 70% этиловый спирт.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| Подготовка к процедуре | |
| Организовать выполнение принципов иммунопрофилактики | Профилактика поствакцинальных осложнений. |
| Подготовить необходимое оснащение | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Достать из упаковки ампулу с вакциной сверить серию, срок годности со сведениями на упаковке. Протереть шейку ампулы с вакциной ватным шариком, смоченным спиртом, надрезать наждачным диском.  Накрыть стерильной салфеткой и надломить (сбросить ватный шарик и салфетку в емкость с дез.раствором). | Обеспечивается профилактика инфицирования во время инъекции.  Вскрытие ампул с использованием салфетки предупреждает попадание вакцины в окружающую среду.  Все, что касалось вакцины, должно обеззараживаться во избежание заражения окружающей среды. |
| Ампулу поставить в мензурку | Предотвращение падения ампулы |
| Вскрыть упаковку шприца |  |
| Надеть и закрепить на шприце иглу для инъекций. | Предупреждение падения иглы во время инъекции. |
| Взять ампулу с АКДС вакциной и набрать в шприц 0,6-0,7 мл препарата (пустую ампулу сбросить в дез.раствор) | Соблюдение точности дозировки  Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Взять пинцетом со стерильного столика салфетку и выпустить в нее воздух из шприца (сбросить салфетку в емкость с дез.раствором).  Сменить иглу.  Положить шприц внутрь стерильного стола. | Предупреждает попадание вакцины в окружающую среду |
| Выполнение процедуры | |
| Обработать латеральную широкую мышцу бедра 70% этиловым спиртом сначала большую поверхность (сбросить ватный шарик в емкость с дез.раствором), затем место инъекции (сбросить ватный шарик в емкость с дез.раствором). Третий шарик оставить в руке. | Обеззараживание инъекционного поля. |
| Ввести вакцину внутримышечно.  Извлечь иглу.  Обработать место инъекции третьим ватным шариком. | Профилактика развития поствакцинальных осложнений. |
| Сбросить ватный шарик в емкость с дез.раствором.  Набрать через иглу дез.раствор, отсечь иглу с помощью иглосъемника. Шприц поместить в емкость с дез.раствором, затем утилизировать в отходы класса Б | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Завершение процедуры | |
| Снять перчатки и сбросить в дез.раствор. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Организовать выполнение принципов иммунопрофилактики. | Четкая регистрация введенной вакцины.  Учет поствакцинальных осложнений. |

Приложение № 7

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И. | Тест | Фронт. опрос | Деловая игра | Манип. | Заполн.  бланков | Оформл.  дневника | Итого |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Литература**

1. Агкацева С.А.,Обучение практическим навыкам в системе среднего ме­дицинского образования. Алгоритмы манипуляций в дея­тельности медицинской сестры. П-3.: Плещеево озеро, 2012.
2. Малов В. А., Сестринское дело при инфекционных заболеваниях, Академия, 2010 г.
3. Покровский В.И., Инфекционные болезни и эпидемиология, М., 2007.
4. Севостьянова Н. Г., Сестринское дело в педиатрии, АНМИ, М., 2012
5. Соколова Н.Г., Гульчинская В.Д., Педиатрия с детскими инфекциями, «Феникс», Ростов-на-Дону, 2012.