

Лекція № 3

Тема лекції: Черевний тиф. Паратифи А і В. Шигельоз. Холера.

Мета:

Навчальна:

Знати:

1. Етіологію та епідеміологію черевного тифу.
2. Патогенез захворювання.
3. Типові клінічні ознаки.
4. Ускладнення специфічні і неспецифічні.
5. Методи лабораторної діагностики.
6. Диференціальну діагностику.
7. Основні принципи лікування і догляду за хворим.
8. Профілактику ускладнень.
9. Критерії виписування, тривалість спостереження за реконвалесцентами.
10. Профілактику черевного тифу.
11. Етіологію та епідеміологію шигельозу.
12. Основи патогенезу.
13. Класифікацію клінічних форм хвороби.
14. Опорні симптоми. Характеристику випорожнень хворого на дизентерію.
15. Лабораторну діагностику.
16. Принципи лікування хворого.
17. Критерії виписування хворих із стаціонару, диспансерне спостереження за реконвалесцентами.
18. Профілактику шигельозу.
19. Сучасну епідеміологічну характеристику холери як карантинної інфекції.
20. Етіологію та епідеміологію.
21. Основи патогенезу.
22. Клінічні ознаки холери.
23. Методи лабораторної діагностики, експрес-діагностики. Правила взяття і транспортування інфікованого матеріалу до лабораторії.
24. Диференціальну діагностику холери.
25. Принципи лікування. Первинну і компенсаторну регідратацію. Застосування антибіотиків.
26. Особливості догляду за хворим.
27. Критерії виписування зі стаціонару. Диспансерне спостереження.
28. Профілактичні заходи в осередку.
29. Етапи медсестринський процесу.

Вміти:

1. Розповісти про етіологію та епідеміологію черевного тифу.
2. Охарактеризувати патогенез захворювання.
3. Назвати типові клінічні ознаки.
4. Розповісти про ускладнення специфічні і неспецифічні.

5. Назвати методи лабораторної діагностики.
6. Провести диференціальну діагностику.
7. Розповісти про основні принципи лікування і догляду за хворим.
8. Розповісти про профілактику ускладнень.
9. Назвати критерії виписування, тривалість спостереження за реконвалесцентами.
10. Розповісти про профілактику черевного тифу.
11. Розповісти про етіологію та епідеміологію шигельозу.
12. Охарактеризувати основи патогенезу.
13. Розповісти класифікацію клінічних форм хвороби.
14. Назвати опорні симптоми. Дати характеристику випорожнень хворого на дизентерію.
15. Назвати методи лабораторної діагностики.
16. Розповісти про принципи лікування хворого.
17. Назвати критерії виписування хворих із стаціонару, Розповісти про диспансерне спостереження за реконвалесцентами.
18. Розповісти про профілактику шигельозу.
19. Дати сучасну епідеміологічну характеристику холери як карантинної інфекції.
20. Розповісти про етіологію та епідеміологію.
21. Охарактеризувати основи патогенезу.
22. Назвати клінічні ознаки холери.
23. Назвати методи лабораторної діагностики, експрес-діагностики.
Назвати правила взяття і транспортування інфікованого матеріалу до лабораторії.
24. Провести диференціальну діагностику холери.
25. Розповісти про принципи лікування. Первинну і компенсаторну регідратацію. Застосування антибіотиків.
26. Визначити особливості догляду за хворими.
27. Назвати критерії виписування зі стаціонару. Розповісти про диспансерне спостереження.
28. Розповісти про профілактичні заходи в осередку.
29. Розповісти про етапи медсестринського процесу.

Виховна: виховати у здобувачів освіти відповідальність за доручену справу, ознайомити з наслідками порушення своїх функціональних обов'язків.

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість освітнім компонентом, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

Спеціальні компетентності:

СК. 2. Здатність до вміння задовольняти потреби пацієнта протягом різних періодів життя (включаючи процес умирання), шляхом обстеження, діагностики, планування та виконання медичних втручань, оцінювання результату та корекції індивідуальних планів догляду та супроводу пацієнта.

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

СК. 13. Здатність до використання професійно профільованих знань, умінь та навичок для здійснення санітарно-гігієнічних і лабораторних досліджень, протиепідемічних та дезінфекційних заходів.

Результати навчання:

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 4. Вести медичну документацію за формами, встановленими нормативно-правовими документами.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

- РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
- РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.
- РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги.
- РН. 13. Надавати екстрену та невідкладну долікарську медичну допомогу.
- РН. 16. Вживати заходи, спрямовані на специфічну та неспецифічну профілактику захворювань.
- РН. 17. Вживати протиепідемічні заходи в осередку інфекційних та особливо небезпечних захворювань при здійсненні професійної діяльності.
- РН. 18. Дотримуватися правил ефективної взаємодії в команді для надання якісної медичної допомоги різним категоріям населення.
- РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції:

1. Основи етіології і епідеміології черевного тифу.
2. Основні клінічні ознаки. Проблеми пацієнта. Ускладнення. Клінічна картина кишкової кровотечі і перфорації виразки кишки, тактика медичної сестри при їх виникненні.
3. Сестринська оцінка загального стану хворого на черевний тиф.
4. Лабораторна діагностика.
5. Принципи лікування. Значення організації режиму: лікувальної дієти та догляду за хворими.
6. Профілактичні заходи.
7. Короткі відомості щодо етіології, епідеміології, клініки та діагностики паратифу А і В.
8. Основи етіології і епідеміології шигельозу.
9. Основні клінічні ознаки. Проблеми пацієнта. Ускладнення.
10. Сестринська оцінка загального стану хворого на шигельоз.
11. Лабораторна діагностика.
12. Принципи лікування. Значення організації режиму: лікувальної дієти та догляду за хворими.
13. Профілактичні заходи.
14. Поняття про особливо небезпечні інфекції (ОНІ). Основи етіології і епідеміології холери, як особливо небезпечної інфекції.
15. Основні клінічні ознаки. Проблеми пацієнта. Ускладнення.
16. Сестринська оцінка загального стану хворого на холеру.
17. Лабораторна діагностика.
18. Принципи лікування.
19. Профілактичні заходи. Значення організації карантинного режиму.

Зміст лекції

ЧЕРЕВНИЙ ТИФ

Черевний тиф – гостра інфекційна хвороба, що спричинюється паличкою черевного тифу, має фекально-оральний механізм передачі і характеризується симптомами загальної інтоксикації, бактеріємією, типовою гарячкою, ураженням лімфатичних вузлів тонкої кишки.

Актуальність. Спалахи та навіть епідемія черевного тифу можуть виникати в Україні в зоні проведення військових дій, під час повеней, підтоплень, в умовах антисанітарії. Медсестра є основним членом команди по наданню допомоги пацієнтам та профілактиці кишкових інфекцій.

Етіологія: збудник черевного тифу *Salmonella typhi abdominalis*, належать до роду сальмонел, родини ентеробактерій. Рухливі, мають форму паличок, мають джгутики, добре ростуть на живильних середовищах, що містять жовч, виробляють ендотоксин. Мають О – соматичний а/г, Н – джгутиковий а/г та Vi – а/г вірулентності.

Стійкі до факторів зовнішнього середовища, у ґрунті зберігається до 9 місяців, у воді – 4 тижні, у фекаліях близько року. Добре зберігаються та розмножуються у м'ясних та молочних продуктах, на фруктах і овочах, у сирі, маслі, хлібі. Витримують низькі температури, при кип'ятінні та під дією дезрозчинів гинуть через декілька хвилин.

Епідеміологія: джерелом інфекції є хвора людина та бактеріоносій. Хворі виділяють збудника з сечею, калом, слиною та молоком матері. Виділення починається з кінця інкубаційного періоду, максимальне в період розпаду, зменшується при видужуванні, може залишатись бактеріоносійництво на кілька місяців та навіть кілька років. Жінки є носіями частіше. Виділяють збудника з калом.

Механізм зараження – фекально-оральний.

Шляхи зараження:

- 1) водний – через некип'ячену воду з сумнівних джерел, самий небезпечний шлях зараження, виникає найбільша кількість хворих;
- 2) харчовий – при вживанні некип'яченого молока, заливних блюд, салатів, тощо;
- 3) контактнo-побутовий – через предмети побуту та брудні руки. Кожен з них може привести до епідемії..

Властива літньо-осіння **сезонність**. Імунітет після захворювання **стійкий**.

Патогенез: збудник потрапляє в організм людини через рот, частково під дією шлункового соку гине, частково потрапляє в тонку кишку, проникає в епітелій слизової оболонки а також в лімфатичні вузли тонкої кишки,

розмножується в них, лімфовузли кишки запалюються. Запалення проходить декілька **стадій**:

I – стадія “мозковидного набухання”;

– характерна для першого тижня хвороби, відбувається набухання пейерових бляшок та лімфатичних фолікулів клубової кишки;;

II – стадія некрозу – на другому тижні під впливом ендотоксину лимфовузли некротизуються;

III – стадія утворення виразок - на третьому тижні некротичні тканини лімфовузлів відторгаються, відкриваються виразки, можуть виникати ускладнення – кишкова кровотеча або перфорація кишки, на третьому тижні слідкують за станом хворого з особливою ретельністю;

IV – стадія чистих виразок – на четвертому тижні;

V – стадія загоювання – на 5-6 тижні.

Клініка: інкубаційний період триває 2 – 3 тижні (найчастіше 10-15 днів).

Початковий період – початок поступовий, температура підвищується, турбує слабкість, головний біль, порушення сну та апетиту, схильність до закрепів. Іноді виникає пронос, виділення у вигляді «горохового супу». Спостерігається блідість шкіри, відмічається відносна брадикардія, сухе покашлювання. Язик збільшений, густо вкритий нальотом, має відбитки зубів по краях, кінчик та краї язика вільні від нальоту (черевнотифозний язик), печінка та селезінка збільшені, у правій здухвинній ділянці при пальпації відмічається бурчання.

Розпал хвороби – на 8-10 день температура встановлюється на високих цифрах з добовими коливаннями біля 1°C, з'являється типовий розеолезний висип на передній черевній стінці та на бокових поверхнях грудей, елементи поодинокі. (**Одна ластівка не робить весну, але одна розеола підкаже діагноз черевного тифу**). Наростає головний біль, інтоксикація. У окремих випадках виникає тифозний статус (тифозний делірій) – це марення та галюцинації, необхідний індивідуальний медсестринський пост. Турбує метеоризм, закреп може змінюватись проносом, біля ліжка відчувається запах аміаку. Гепатолієнальний синдром – збільшення печінки та селезінки.

На другому - третьому тижні захворювання можливі ускладнення:

кишкова кровотеча – стан хворого погіршується, наростає слабкість, температура знижується, АТ знижується, виникає відносна тахікардія, на температурному листі виникає картина перетину температурної кривої та пульсової кривої - “температурно-пульсові ножиці”, в калі з'являється кров; перфорація кишок – виникає “кинжальний” біль у животі, симптоми гострого живота, стан погіршується, необхідна термінова операція.

Період видужування починається на 4 – 5 тижні– період відновлення функцій. Пацієнта виписують на 20 день нормальної температури для попередження рецидиву хвороби, при негативних посівах калу, сечі та жовчі.

Можливі проблеми при черевному тифі:

I – наявні:

Гіпертермія.

Головний біль.

Спрага.

Порушення функції кишкового – проноси або закрепи.

Незадоволення потреб в адекватному харчуванні через відсутність апетиту.

Метеоризм.

Порушення рухової діяльності.

Порушення сну – безсоння.

Незадоволення потреб в особистій гігієні та самообслуговуванні.

II – потенційні:

Ризик виникнення застійної пневмонії.

Ризик виникнення пролежнів.

Через недотримання суворого ліжкового режиму та дієти є ризик виникнення кишкової кровотечі або перфорації.

Ризик дезорієнтації та дезадаптації через тифозний делірій.

Тривога.

Дисбактеріоз.

СЕСТРИНСЬКА ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ХВОРОГО НА ЧЕРЕВНИЙ ТИФ.

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, стан свідомості, порушення сну.
2. Стан гемодинаміки – артеріальний тиск, пульс.
3. Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.
4. Вимірює добовий діурез.
4. Стан шкіри та склер, висипи на шкірі.
5. Диспептичні явища – відраза від їжі, метеоризм, послаблення стулу або закрепи. Тощо.

Діагностика:

- епіданамнез – вживання некип'яченої води або молока, салатів, холодцю, недотримання гігієни, контакт з хворою людиною тощо.

- клінічні прояви – гарячка, інтоксикація, розеоли на шкірі живота, гепатолієнальний синдром, метеоризм, закрепи або пронос.

- лабораторна діагностика:

- гемокультура - *в перші дні хвороби* роблять посів крові на жовчний бульйон, це *самий ранній метод діагностики* черевного тифу;

- копрокультура – посів калу роблять з другого тижня хвороби;

- урінокультура - з третього тижня хвороби роблять посів сечі;

- білікультура – перед випискою проводять дуоденальне зондування та посів жовчі;

- серологічні реакції – з 7 дня хвороби беруть 3-5 мл крові з вени на РНГА (реакцію непрямой гемаглютинації) та реакцію аглютинації Відаля, через 10 днів аналіз повторюють – спостерігається зростання титру антитіл.

Лікування:

- обов'язкова госпіталізація до інфекційного стаціонару;
- суворий ліжковий режим до 10 дня нормальної температури;
- дієта № 4, 4б, перетерта блендером їжа;
- етіотропна терапія – вплив на збудника, призначають антибіотики левоміцетин по 0,5 г 4-6 раз на добу до 10 дня нормальної температури або ампіцилін;
- разом з антибіотиком призначають пробіотики – лактувіт, сухий йогурт, хілак форте тощо;
- патогенетична терапія – це вплив на ланки патогенезу (інтоксикацію, високу температуру та запалення, зневоднення тощо) включає в себе - протизапальні препарати – анальгін 2 мл внутрішньом'язево для зниження температури; - антигістамінні препарати (дімедрол, супрастин тощо);
- дезинтоксикаційну терапію (глюкоза 5% з аскорбіновою кислотою, фізрозчин, неогемодез, реосорбілакт 200-400 мл внутрішньовенно крапельно);
- серцеві препарати тощо;
- при кровотечі – холод, голод, спокій - суворий ліжковий режим, на 12-24 години відміняють їжу, холод на живіт, призначають кровозупинні вікасол, амінокапронова кислота, діцинон, іноді переливання цільної крові.

Виписують з стаціонару при клінічному видужуванні, але не раніше 20 дня нормальної температури при негативних результатах посіву калу, сечі та жовчі.

Догляд:

- забезпечення індивідуального поста біля важкохворих;
- вимірювання Рс, АТ, t° кожних 6 год.;
- розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою надання інформації пацієнту щодо необхідності дотримання суворого ліжкового режиму та дієти;
 - при гарячці застосування міхура з льодом до області скронь, обтирання шкіри напівоцтовим розчином;
- при метеоризмі постановка газовідвідної трубки;
- догляд за шкірою та слизовими оболонками;
- зміна натільної та постільної білизни;
- при загрозі колапсу підняти ніжний кінець;
- запобігати приєднанню вторинної інфекції;
- профілактика пневмонії;
- профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції;
- догляд при проносі знезараження виділень, поточна та заключна дезинфекція;

- саносвітня бесіда з пацієнтом та його родиною по профілактиці кишкових інфекцій.

ПРОТИЕПІДЕМІЧНІ ЗАХОДИ У ВОГНИЩІ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ:

I - заходи спрямовані на джерело інфекції (I ланку епідпроцесу) -

- раннє виявлення хворого, госпіталізація та лікування, виписка після видужування;
- заповнення екстреного повідомлення лікарем, який першим виявив діагноз в 2-х екземплярах для санстанції та сімейного лікаря;
- карантин - нагляд за контактними особами протягом 21 дня, посіви калу та сечі контактним особам;
- виявлення та лікування бактеріоносіїв, обстеження працівників харчових, дитячих та лікувальних установ – 1 раз на рік проводиться посів калу на групу кишкових інфекцій та робиться запис у санітарній книжці.

II – заходи спрямовані на механізм передачі інфекції (II ланка епідпроцесу) – поточна та заключна дезінфекція у вогнищі інфекції.

III - заходи спрямовані на сприйнятливє до інфекції населення - загальносанітарні міри – покращення водопостачання, каналізації, боротьба з мухами, саннагляд за підприємствами харчової промисловості щеплення живої

протичеревнотифозною вакциною осіб, які знаходяться в ендемічній зоні.

ШИГЕЛЬОЗ

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

Актуальність. Спалахи шигельозу можуть виникати в Україні в зоні проведення військових дій, під час повеней, підтоплень, в умовах антисанітарії. Медсестра є основним членом команди по наданню допомоги пацієнтам та профілактиці кишкових інфекцій.

Етіологія: збудник Шигела, родина Ентеробактерій, нерухлива грамнегативна паличка, добре росте на штучних середовищах, здатна проникати у клітини епітелію кишки та розмножуватись там.

Розрізняють 4 підгрупи шигел – підгрупа А (Sh.Dysenteriae- Григор'єва-Шига), підгрупа В (Sh. Fleksneri), підгрупа С (Sh. Sonne), підгрупа D (Sh. Boidii). Ендотоксин шигел викликає подразнення кишки.

Патогенність різних видів неоднакова – інфікуюча доза шигел Григор'єва-Шига становить 5 – 10 мікробних тіл, для шигел Флекснера близько 100 мікробних тіл, Зонне – 10 млн. бактеріальних клітин.

Шигели стійкі у зовнішньому середовищі, зберігаються у молоці протягом 10 днів, у воді до місяця, у вологому ґрунті близько 40 днів, на сонці гинуть через 30-40 хвилин, при кип'ятінні гинуть миттєво, під дією хлорвмісних дезрозчинів через 1-3 хвилини. На шигелу згубно впливає навіть мильний розчин – «хвороба брудних рук».

Епідеміологія: джерелом інфекції є хворі на гостру або хронічну дизентерію люди або бактеріоносії. Хворі найбільш заразні в перші 3-4 дні хвороби. Найнебезпечнішими є бактеріоносії та хворі на стерті та легкі форми дизентерії через відсутність настороженості щодо інфекційної хвороби.

Бактеріоносійництво розрізняють: гостре (протягом 3 місяців), хронічне (понад 3 місяці), транзиторне.

Механізм зараження – фекально-оральний.

Шлях передачі:

- 1) водний – вживання некип'яченої води з сумнівних джерел;
- 2) харчовий – некип'ячене молоко, немиті овочі та фрукти, салати, молочні продукти;
- 3) контактно-побутовий – брудні руки, білизна, предмети побуту, мухи. Епідемії шигельозу можуть виникати після повеней, екологічних катастроф, антисанітарних умов військових дій. Хворіють частіше діти. Характерна літньо-осіння **сезонність**.

Класифікація:

Гострий шигельоз (близько 3 місяців):

- а) типова колітична форма;
- б) токсикоінфекційна (гастроентероколітична) форма;

Хронічний шигельоз (більше 3 місяців):

- а) рецидивуюча;
- б) безперервна;

Бактеріоносійництво.

Клініка:

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

Гострий шигельоз – початок підгострий, з`являється дискомфорт у животі, млявість, головний біль, остуда, температура підвищується до 37,5 - 39°C, наростає інтоксикація. При легкому перебігу температура субфебрильна.

Виникають явища спастичного коліту : з`являються переймисті болі у нижній частині живота, переважно у лівій здухвинній ділянці (проекція сигмовидної кишки), болі супроводжують кожен акт дефекації. Фекалії рідкої консистенції, спочатку носять каловий характер, надалі нагадують грудочку слизу з домішкою крові та гною (“дизентерійний плювок”). Частота дефекацій може бути від 10 до 100 на добу. З`являються тенезми – тягнучі болі у області анусу, які виникають під час дефекації та на якийсь час

залишаються після неї. Турбують несправжні позиви на низ, що не завершуються дефекацією. Як ускладнення може бути випадіння прямої кишки, геморой, тріщини анусу. При пальпації відмічається різка болючість сигмовидної кишки, яка пальпується у вигляді тяжу, провокує тенезми. Язик обкладений білим нальотом. Тони серця глухі, тахікардія. Хворі неспокійні, турбує безсоння.

Період розпалу триває від 1 до 7-8 діб, видужування поступове.

Токсикоінфекційна форма виникає частіше у дітей до 3 років. Проявляється як гострий гастроентероколіт. Супроводжується рясним блюванням та проносами, призводить до зневоднення. Потребує госпіталізації та регідратації.

При несвоєчасному лікуванні, недотриманні режиму та дієти, за умови низького рівня імунітету захворювання може набути хронічного перебігу.

Хронічний шигельоз є основною причиною хронічного ендогенного коліту. Загострення виникає при вживанні гострої їжі, алкоголю, нерегулярного прийому їжі. При рецидивуючому перебігу загострювання хвороби чергуються з ремісіями. У періоді загострювання турбують явища спастичного геморагічного коліту. При безперервній формі стан хворого постійно погіршується, з'являються розлади травлення, ознаки гіповітамінозу, анемії. Пронеси чергуються із закрепами, постійний дискомфорт у животі, спастичні болі. Через порушення засвоєння вітаміну В виникають розлади нервової системи - неврози.

Можливі проблеми пацієнта при шигельозі:

I – наявні:

Спастичний біль у животі, тягнучий біль в області анусу - тенезми.

Нудота та блювання.

Порушення функції кишкового – пронос з домішкою крові (у дітей до 5 років).

Гіпертермія.

Незадоволення потреб в адекватному харчуванні.

Метеоризм.

Порушення рухової діяльності.

II – потенційні:

Порушення сну.

Ризик зневоднення, судом.

Колапс.

Тріщини анусу, мацерація шкіри навколо анусу, випадіння прямої кишки, варікозне розширення вен прямої кишки.

Тривога.

Дисбактеріоз.

Анемія.

Схуднення.

Хронізація процесу.

СЕСТРИНСЬКА ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ХВОРОГО ПРИ ШИГЕЛЬОЗІ

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, адекватність, стан свідомості, порушення сну.
2. Стан гемодинаміки – артеріальний тиск, пульс.
3. Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.
4. Колір шкіри та склер, блідість, ціаноз, липкий холодний піт, холодні кінцівки.
5. Характер випорожнень – домішок слизу, крові, гною, наявність тенезмів, кількість дефекацій за добу.
6. Добовий діурез, кількість виділень та спожитої рідини.

Діагностика:

- клініка;
- епіданамнез;
- копрологічне дослідження (посів калу) проводиться до початку антибіотикотерапії на середовище Плоскірева, Ендо, Левіна;
- копроцитограма (мікроскопія) – визначають неперетравлені м'ясні волокна, еритроцити, лейкоцити;
- серологічне дослідження (РНГА, РА) з 5 доби хвороби в парних сироватках, діагностичний титр 1:100 для дизентерії Зонне та 1:200 для дизентерії Флекснера;
- ректороманоскопія в період видужування для виключення хронізації дизентерії.

Лікування:

- дієта № 4 (4а), пізніше дієта № 15, слизисті супи, рисовий відвар, печені яблука;
- фуразолідон по 0,15 г 4 рази на добу 7 днів, або ніфуроксазид по 100 мг 4 рази в день при середньому та важкому перебігу призначаються антибіотики – левоміцетин по 0,5 г 4 рази на добу 3 дні або цефтріаксон 20-80 мг/кг 1 раз на добу протягом 2 днів. Тривалість курсу етіотропної терапії при середньому й легкому ступені тяжкості шигельозу, як правило, не повинна перевищувати 2-3 доби, а при тяжкій формі – 4-5 діб;
- дезінтоксикаційна терапія – в/в краплинно неогемодез 200 мл, реополіглюкін, поліглюкін;
- сольові розчини – “Квартасіль” в/в краплинно, пиття ораліту (на 1 літр питної перевареної води 3,5 г натрію хлориду; 2,5 г гідрокарбонату натрію; 1,5 г калію хлориду та 20 г глюкози);

- лікувальні клізми з відваром ромашки;
- ректальні свічки з левоміцетином;
- курс пробіотиків – бактисубтил, біфідумбуктерин тощо.

Догляд:

- збирання виділень у напівпрозорий градуйований посуд для визначення добових затрат;
- зважування хворого 1 раз на добу;
- вимірювання Ps, АТ, t° кожних 6 год.;
- лікувальної клізми з відваром ромашки;
- розташування хворого в зручному положенні, при необхідності за ширмою;
- догляд за шкірою та слизовими оболонками;
- догляд за областю ануса для профілактики мацерації та тріщин;
- зміна натільної та постільної білизни;
- запобігати приєднанню вторинної інфекції;
- профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції;
- догляд при блюванні та проносі;
- знезараження виділень, поточна та заключна дезінфекція;
- саносвітня бесіда з пацієнтом та його родиною по профілактиці кишкових інфекцій.

Профілактика:

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

Посилення санітарно-епідеміологічного нагляду за комунальними об'єктами, підприємствами і установами громадського харчування, харчової промисловості і торгівлі харчовими продуктами, школами і іншими епідеміологічно важливими об'єктами.

Забороняються всі види водокористування (купання, рибалка, забір води для побутових потреб і поливу овочевих культур і ін.) з відкритих водоймищ, забруднених холерними вібріонами.

Посилюється санітарний контроль на ринках, підприємствах харчової промисловості, закладах громадського харчування, дитячих колективах і за навколишнім середовищем всього вогнища, поліпшується його очищення.

ХОЛЕРА

Особливо небезпечні інфекції (ОНІ) — група гострих заразних захворювань людини, які можуть раптово виникнути, швидко поширитись і масово охопити населення, характеризуються тяжким перебігом і високим рівнем летальності.

Холера - це гостре карантинне інфекційне захворювання, яке стрімко поширюється у суспільстві, має фекально-оральний механізм зараження, проявляється профузним блюванням та проносом з розвитком зневоднення, гіпотермією.

Актуальність. Спалахи та навіть епідемія холери можуть виникати в Україні в зоні проведення військових дій, під час повеней, підтоплень, в умовах антисанітарії. Медсестра є основним членом команди по наданню допомоги пацієнтам та профілактиці кишкових інфекцій.

Етіологія: збудник холерний вібріон, у мазку нагадує кому, рухливий, грамнегативний. Виділяє екзотоксин (холероген) – термолабільний білок, резистентний до дії протеолітичних ферментів, зумовлює масивну секрецію електролітів і рідини в просвіт кишечника. Тому пронос та блювання носять **секреторний характер**. Вібріон може існувати лише у лужному середовищі, не витримує соляної кислоти, кип'ятіння та дії дезрозчинів. Витримує заморожування. За антигенною структурою існують вібріони типів Ель-Тор, Інаба, Огава та Гікошима. У великій кількості під мікроскопом нагадують зграю риб. У водоймищах, мулі, молюсках та криветках довго зберігається і розмножується.

Епідеміологія: джерело інфекції:

- а) хвора людина – «фонтан зарази»;
- б) вібріоносій.

Заразними є виділення та блювотні маси.

Механізм зараження - фекально-оральний.

Шляхи зараження:

- а) водний;
- б) контактнопобутовий;
- в) харчовий.

Фактори передачі: слабосолона або в'ялена риба, м'ясні та молочні продукти, питна вода, овочі та фрукти, предмети побуту, брудні руки, мухи. Першими захворюють діти та літні люди, а також люди, які хворіють на хронічний гастрит з пониженою кислотністю.

Епідемії виникають у тропічних та острівних країнах Азії та Африки з низьким рівнем санітарії (Гаїті, Венесуела, Домінікана, Нігерія, Сенегал, Афганістан, Західна Африка, Судан, Ангола, Ірак, Зімбабве, Центральна

Африка, Пакистан). В Україні вібріон виділяють у воді поблизу Одеси, Миколаєва, Херсона, Запоріжжя, Маріуполя, приморських містах куди заходять великі суда.

Клініка: інкубаційний період 1 - 5 діб. Початок гострий, раптово без нудоти починається блювання, блювотні маси рясні, за виглядом нагадують рисовий відвар. Так само раптово, без болю у животі та позивів, починається пронос, виділення спочатку мають каловий характер, надалі нагадують рисовий відвар із запахом риби або сирі картоплі. Пренос та блювання носять секреторний характер, коли у просвіт кишковица та шлунку секретується рідина з оточуючих тканин, згущується кров.

Швидко розвивається зневоднення, ступінь якого і визначає важкість хвороби.

Виділяють 4 ступеня зневоднення:

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

II ст. - блювання та проноси 15-20 раз на добу, втрата рідини до 6% маси тіла. Виникає слабкість, спрага, сухість шкіри, осиплість голосу, поодинокі судомисті скорочення м'язів литок, кистей, стоп. Визначається тахікардія, гіпотонія, олігурія. Потрібна регідратація.

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

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

Для холери характерна гіпотермія (35°C).

МОЖЛИВІ ПРОБЛЕМИ ПАЦІЄНТА ПРИ ХОЛЕРІ

I – наявні:

Блювання фонтаном.

Порушення функції кишковица – профузний пронос.

Зневоднення.

Спрага.

Гіпотермія.

Незадоволення потреб в адекватному харчуванні.

Незадоволення потреб в особистій гігієні та самообслуговуванні.

Порушення рухової діяльності.

Судоми м'язів.

Безсилля.

II – потенційні:

Порушення сну.

Порушення серцево-судинної діяльності.

Тривога.

Порушене вербальне спілкування через афонію.

Колапс.

Ризик виникнення флебітів.

Ускладнення: ГПН, колапс, пневмонія, абсцеси, флегмони, флебіти після масивної регідrataції.

Лабораторна діагностика:

- мікроскопія та посів калу і блювотних мас (за формою №30);
- серологічні реакції.

Лікування:

Хворі на холеру підлягають обов'язковій госпіталізації в центральний підрозділ госпітальної бази, який організується в епідемічному вогнищі, – холерний госпіталь. Персонал працює в протичумних костюмах IV типу - **Костюм четвертого типу** (піжама, протичумний халат, шапочка або мала косинка, шкарпетки, тапочки або будь-яке інше легке взуття).

Основним в лікуванні є регідrataція - при I та II ст. зневоднення пероральне введення глюкозо-сольових розчинів "Ораліт" та "Регідрон" в кількості, яка вдвічі перевищує кількість втраченої рідини, при необхідності - введення через назогастральний зонд. ВООЗ рекомендує готувати також доволі простий розчин для пероральної регідrataції: 5 г NaCl і 50 г добре провареної рисової крупи або 40 г сахарози на 1 л питної води; калій слід призначати у вигляді фруктових соків (апельсинового, абрикосового, компоту із сухофруктів тощо).

При зневоднення III та IV ст. парентеральне введення р-нів "Дисоль", "Трисоль", "Ацесоль", р-н Рінгера підігрітих до 37°C струминно до нормалізації гемодинаміки, надалі крапельно.

Інфузійну терапію не слід відмінити завчасно! Вона повинна тривати ще 12 годин після припинення діареї і блювання. Інфузійна терапія провадиться до повного зникнення блювання, нормалізації пульсу й артеріального тиску, тургору шкіри, до появи сечовиділення не менше 0,5-1,0 мл/кг на годину і зменшується не раніше ніж через 3-4 години після припинення діареї. Головними критеріями відміни інфузійної терапії повинні бути: виведення хворого із шоку, відсутність блювання і проносу, поява калових випорожнень, нормалізація погодинного діурезу. По досягненні зазначених критеріїв хворий переводиться на пероральну регідrataцію. Обсяг рідини, який він має випивати, повинен бути в 1,5 рази більший за обсяг діареї й діурезу.

Препарати калія, курага, банани, печена картопля.

При III та IV ст. для прискорення очищення організму від вібріонів при холері із дегідратацією (що доказано зменшує тривалість діареї) в разі припинення блювання призначають азитроміцин 1 г, або ципрофлоксацин 1 г, або доксициклін 0,3 г перорально одноразово. Тривале застосування антибактеріальних засобів не вважають доцільним.

Догляд:

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

Умови виписки:

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

ПРОФІЛАКТИЧНІ І ПРОТИЕПІДЕМІЧНІ ЗАХОДИ У ВОГНИЩІ ХОЛЕРИ

Вводиться обмеження в'їзду і виїзду з осередку, а у разі погіршення ситуації - локальна або більш розширена зона карантину.

При виділенні від хворих на холеру і вібріоносіїв токсигенних штамів холерних вібріонів проводиться: госпіталізація (обов'язкова) хворих на холеру і вібріоносителей в холерний госпіталь;

виявлення, ізоляція або меднагляд, триразове обстеження (бактеріологічне) на холеру (форма №30) і превентивне лікування (по епідпоказаннях) контактних

з хворими на холеру (вібріоносителями) і осіб, що знаходилися в однакових умовах по ризику інфікування.

Поточна та заключна дезінфекція у вогнищі холери (вдома, по місцю роботи, навчання і інших місць перебування хворого або вібріоносителя).

Посилення санітарно-епідеміологічного нагляду за комунальними об'єктами, підприємствами і установами громадського харчування, харчової промисловості і торгівлі харчовими продуктами, школами і іншими епідеміологічно важливими об'єктами.

Забороняються всі види водокористування (купання, рибалка, забір води для побутових потреб і поливу овочевих культур і ін.) з відкритих водоймищ, забруднених холерними вібріонами.

Посилюється санітарний контроль на ринках, підприємствах харчової промисловості, закладах громадського харчування, дитячих колективах і за навколишнім середовищем всього вогнища, поліпшується його очищення.

Цікаве: Якщо на мачті судна біло-синій стяг – на борту холера.

«На моєму судні всі здорові, прошу звільнити мене від карантину» -
піднятий жовтий стяг.

Опущений жовтий стяг – судно успішно пройшло карантин.

Питання для самоконтролю:

1. Дайте визначення черевного тифу?
2. Дайте характеристику збудника черевного тифу?
3. Які особливості зараження?
4. Назвіть основні клінічні ознаки? Ускладнення? Клінічна картина кишкової кровотечі і перфорації виразки кишки, тактика медичної сестри при їх виникненні?
5. Визначте проблеми пацієнта і дайте сестринську оцінку стану пацієнта?
6. Назвіть методи лабораторної діагностики?
7. Які принципи лікування?
8. Значення організації режиму: лікувальної дієти та догляду за хворими?
9. Профілактичні заходи?
10. Короткі відомості щодо етіології, епідеміології, клініки та діагностики паратифу А і В?
11. Дайте визначення дизентерії?
12. Дайте характеристику збудника дизентерії?
13. Які особливості зараження?
14. Назвіть основні клінічні ознаки?
15. Ускладнення?
16. Визначте проблеми пацієнта і дайте сестринську оцінку стану пацієнта?
17. Назвіть методи лабораторної діагностики?

18. Які принципи лікування?
19. Профілактичні заходи?
20. Дайте визначення холері?
21. Дайте характеристику збудника холери?
22. Які особливості зараження?
23. Назвіть основні клінічні ознаки?
24. Ускладнення?
25. Визначте проблеми пацієнта і дайте сестринську оцінку стану пацієнта?
26. Назвіть методи лабораторної діагностики?
27. Які принципи лікування?
28. Профілактичні заходи?
29. Дайте визначення дизентерії?
30. Дайте характеристику збудника дизентерії?
31. Які особливості зараження?
32. Назвіть основні клінічні ознаки?
33. Ускладнення?
34. Визначте проблеми пацієнта і дайте сестринську оцінку стану пацієнта?
35. Назвіть методи лабораторної діагностики?
36. Які принципи лікування?
37. Профілактичні заходи?

Тести:

1. Який метод лабораторної діагностики найчастіше використовується при кишкових інфекціях?

1. Серологічний
2. Імунологічний
3. Бактеріологічний
4. Вірусологічний
5. Шкірно – алергічні проби

2. На який період встановлюється спостереження за сімейним вогнищем паратифу А?

1. 7 днів
2. 14 днів
3. 21 день
4. 35 днів
5. 50 днів

3. Яким препаратом слід проводити оральну регідrataцію при кишкових інфекціях зі зневодненням?

1. регідрон
2. гемодез
3. рекутан
4. альвезин
5. реополіглюкін

4. Хворий віком 56 років скаржиться на рожеві плями в області грудей, живота, поступове підвищення температури протягом 3 діб, запори. Об'єктивно: температура 37,8°C, розеоли в області грудей, живота, АТ знижений, збільшені печінка і селезінка. Яке захворювання слід запідозрити?

1. дизентерія
2. холера
3. черевний тиф
4. сальмонельоз
5. ботулізм

5. Зазначте, які терапевтичні заходи необхідно проводити перш за все при лікуванні хворого на холеру з II – III ступенем зневоднення?

1. негайне призначення оротату калію
2. термінове відновлення втрати води та електролітів шляхом регідrataції
3. термінове введення протихолерної вакцини
4. призначення проти блювотних засобів
5. призначення дієти, збагаченої солями калію

6. Симптоми, характерні для парагрипу:

1. помірна інтоксикація
2. гострий початок захворювання з ознобом
3. слабо виражений катаральний синдром
4. сильний головний біль
5. носова кровотеча

7. Які випорожнення характерні для бактеріальної дизентерії?

1. рисовий відвар
2. ректальний плювок
3. овечий кал
4. гороховий суп
5. болотна твань

8. У місті М. виникли захворювання, що проявляються ознаками гастроентериту. Випорожнення хворих нагадували рисовий відвар, дефекації спостерігалися до 40 разів на добу. Хворі втрачали дуже багато рідини. Лікар, що оглядав хворих, поставив діагноз «холера».

Вкажіть перший етап бактеріологічного дослідження при цьому захворюванні.

1. мікроскопія мазків з випорожнень хворого
2. мікроскопія мазків крові
3. посів випорожнень і блювотних мас на лужну пептонну воду
4. постановка реакції преципітації
5. постановка реакції нейтралізації

9. На яку головну проблему пацієнта повинна звернути увагу медична сестра при догляді за хворим з діагнозом «холера»?

1. зниження температури
2. слабкість
3. відсутність апетиту
4. спрага
5. швидка втрата рідини протягом кількох годин

10. При якому інфекційному захворюванні можна поставити сестринський діагноз: «кишкова кровотеча»?

1. дизентерія
2. черевний тиф
3. холера
4. сальмонельоз
5. гострий гастроентероколіт

11. Назвіть збудника, що викликає найважчу форму дизентерії:

1. Шигела Флекснера
2. Шигела Зонне
3. Шигела Бойд-Новгородської
4. Шигела Григор'єва-Шига
5. Шигела Бойда

12. Вкажіть ступінь дегідратації, що носить назву "Холерний алгід":

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

13. До якої групи мікроорганізмів відноситься збудник черевного тифу ?

1. Бактерії
2. Віруси
3. Рикетсії
4. Клостридії

5. Спірохети

14. При якому кишковому захворюванні характерна гіпотермія?

1. Дизентерія
2. Сальмонельоз
3. Ботулізм
4. Холера
5. Вірусний гепатит

15. Ранній симптом черевного тифу та паратифів:

- 1 - екзантема
- 2 - збільшення селезінки
- 3 - відносна брадикардія
- 4 - діарея
- 5 - підвищення температури

16. Для бактеріологічного дослідження при дизентерії медсестра використовує:

1. посів крові на цукровий бульйон
2. посів крові на м'ясо – пептонний агар
3. посів сечі на вісмут – сульфід агар
4. посів калу на середовище Плоскарева, Ендо
5. посів калу на середовище Кітта - Тароцці

17. Який симптом не є ознакою політичного варіанту гострої дизентерії?

1. багаторазова рясна блювота
2. підвищення температури тіла
3. переймоподібний біль в животі
4. випорожнення слизисто - кров'яні
5. тенезми

Завдання та задачі:

1. У санпропускник швидкою допомогою доставлений чоловік на другу добу хвороби, При огляді стан важкий, виражена інтоксикація, млявий, загальмований, періодично марить, шкіра гіперемована, гаряча на дотик. Рз-120 за 1 хв, АТ-90/60 мм рт.ст. Живіт м'який, утягнутий, сигма спазмована. На прийомі рідке випорожнення з домішкою слизу і крові.

Ваш попередній діагноз?

2. У хворого слабкість, часта блювота, рясні рідкі випорожнення типу "рисового відвару". Температура тіла нормальна, обличчя загострене,

очі запалі, язик сухий, голос слабкий, тургор шкіри знижений, живіт утягнутий, безболісний.

Ваш попередній діагноз?

З. В інфекційне відділення лікарні доставлений чоловік 37 років із клінічними ознаками черевного тифу, термін захворювання - 5 днів.

Який метод діагностики необхідно застосувати для підтвердження клінічного діагнозу?

Література:

Основна:

Козько В. М. Інфекційні хвороби : підручник – Київ ВСВ «Медицина» 2019
75 – 82, 87-98, 107-113 ст.

Додаткова:

Чорновіл А. В. , Грицко Р. Ю. Клінічне медсестринство в інфектології з елементами епідеміології – К.: Здоров'я, 2002

Інформаційні ресурси:

Інтернет сайт <https://chmfc.com.ua/>