ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧЕРЕЖДЕНИЕ

СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГООБРАЗОВАНИЯ

КУРГАНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Курсовая работа

Особенности сестринского ухода при клещевом энцефалите

г. Курган

г.

Оглавление

Введение

1. О клещях

2. Клещевой энцефалит

3. Психические расстройства при энцефалитах

4. Диагностика клещевого энцефалита

5. Лечение клещевого энцефалита

6. Профилактика

7. Сестринский процесс

Заключение

Список литературы

Введение

Каждый из нас хотя бы раз находился в больнице или обращался в поликлинику, и впечатление о лечебном учреждении зависело не только от того, какое лечение было проведено, но и от того, как нас встретили врач и медсестра. В условиях лечебного учреждения первый контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения с обеих сторон, чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений.

Все в медсестре должно располагать к себе пациента, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица). Совершенно неприемлемо обращение "больной", как будто пациент потерял право на имя и отчество. Чтобы между медсестрой и пациентом сложились партнерские отношения, пациент должен чувствовать, что вы хотите ему помочь. Только тогда возникает тот доверительный диалог, во время которого медсестра узнает необходимые ей сведения о пациенте, особенностях его личности, его мнение о заболевании, стационировании, надеждах на выздоровление, планах на будущее. Во время таких бесед выявляются отношение пациента к родственникам, работе, другие проблемы, а все эти сведения дают медсестре возможность поставить свой сестринский диагноз.

При всем этом медсестра постоянно должна помнить, что партнерские отношения с больными не должны переходить в панибратские: ведущая роль всегда остается за ней. Она сочувствует больному, между ними устанавливается так называемая эмпатия, т.е. медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациента, но она не идентифицирует себя с его переживаниями. Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер.

Зная особенности переживаний больного, его личности, медсестра тактично объясняет пациенту не только его права, но и обязанности, рассказывает в доступной для больного форме о необходимых обследованиях, подготовке к ним, о предстоящем лечении. Согласно Закону Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", все манипуляции, обследования и необходимая терапия проводятся с личного согласия больного или (в детской психиатрии) с согласия родителей ребенка. Лишь в случаях, предусмотренных ст. 29 "Закона" для стационирования и терапии не требуется согласие больного (если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает его непосредственную опасность для себя или окружающих или беспомощность и неспособность осуществлять основные жизненные потребности).

Отказ пациента от того или иного вида обследования или лечения не должен вызывать к нему негативного отношения со стороны медицинского персонала.

Обязанность медсестры - быть честной и правдивой по отношению к пациенту, но разговоры о диагнозе, особенностях заболевания не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Это относится и к беседам медсестры с родственниками пациентов. В то же время сведения, которые дают родственники, могут оказаться весьма ценными для понимания психического состояния больного, особенностей его личности. Их следует отразить в дневниковых записях и довести до врача. С другой стороны, все сведения о больном, методах лечения можно сообщать родственникам лишь по согласованию с врачом. Семья должна рассматриваться как сфера социальной адаптации, играющая определенную роль при лечении.

Сменяющие друг друга медсестры должны обмениваться информацией о больных учитывая особенности темперамента и характера коллег.

Взгляды врача и медсестры на какие-то особенности ухода за больным могут не совпасть. Тогда нужно очень тактично обсудить спорные вопросы с врачом, и, если согласие будет достигнуто, это облегчит работу. Обговаривать же такие ситуации с другими лицами или сразу обращаться с жалобами к руководству не стоит - это может привести к взаимным обидам, нежелательной обстановке в коллективе.

Право отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с высокой требовательностью к себе, способностью признавать и исправлять свои ошибки, обнаруженные самостоятельно или коллегами.

Цель и задачи программы

Целью районной программы "Клещевой энцефалит" является снижение заболеваемости клещевым энцефалитом, снижение инвалидности, предупреждения летальности. Для реализации поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

обеспечение высокого уровня иммунизации населения против клещевого энцефалита

совершенствование лабораторной диагностики ранних стадий заболевания

подготовка кадров медицинских работников по вопросам вакцинопрофилактики, диагностики и лечения клещевого энцефалита.

1. О клещах

Клещи (отряд Acarina класса Паукообразных) - одна из самых разнообразных и древних групп членистоногих на Земле. Как правило, клещи питаются растительными остатками, почвенными грибами, или другими мелкими членистоногими. В мировой фауне насчитывается более 40 000 видов клещей, однако, многие группы до сих пор плохо изучены, и ежегодно ученые описывают десятки новых видов. Некоторые клещи приспособились к питанию кровью животных и стали паразитами. Среди паразитов наиболее известны иксодовые клещи (Ixodoidea). Эта группа насчитывает всего 680 видов, обитающих на всех континентах, включая Антарктиду. Иксодовые клещи переносят возбудителей болезней человека с природной очаговостью: клещевого энцефалита [основные переносчики - таёжный клещ Ixodes persulcatus и I. ricinus], клещевого боррелиоза (болезни Лайма), сыпного клещевого тифа, возвратного клещевого тифа, геморрагической лихорадки и ку-лихорадки, туляремии, эрлихиозаи многих др. Для предохранения от укусов Иксодовых клещей принимают ряд мер. Несмотря на значительное число видов иксодовых клещей, реальное эпидемиологическое значение имеют только два вида: Ixodes Persulcatus (таежный клещ) в азиатской и в ряде районов европейской части, Ixodes Ricinus (европейский лесной клещ) - в европейской части. В дальнейшем речь пойдет именно о этих видах клещей.

2. Клещевой энцефалит

Энцефалит клещевой (весенний, таежный) - это инфекция вирусного характера, которая поражает центральную нервную систему.

Клещевой энцефалит опасен тем, что при осложнении заболевания, после перенесенной острой формы, исходом может быть паралич или смерть.

Основными переносчиками инфекции являются иксодовые клещи. Ареал обитания этих насекомых весьма широк, это вся лесная и лесостепная зона, с умеренным климатом. Из всех видов иксодовых клещей, угрозу составляют только два вида: Таежный клещ, обитающий в азиатской и в ряде районов европейской части и Европейский лесной клещ.

Сезонность заболевания клещевым энцефалитом связана с активностью переносчиков. Пик активности клещей приходится на май-июнь.

Вирус передается человеку во время кровососания вируспередающих клещей. Самка клеща сосет кровь в течение нескольких дней, постепенно увеличиваясь в размере. Сосание крови самцом, длится лишь несколько часов и часто, человек даже не замечает этого. Вирус клещевого энцефалита передается за первые несколько минут, присасывания к человеку. Человек может заразиться энцефалитом и выпив сырое молоко коз и коров, зараженных клещевым энцефалитом.

За последнее время, стало принято деление вирусов клещевого энцефалита, на три подтипа - Западный, Сибирский, Дальневосточный и хотя от того, в какой местности происходит заражение, зависит тяжесть болезни, исследования говорят о том, что тяжесть заболевания зависит от способности вируса поразить головной мозг.

Инкубационный период клещевого энцефалита длится от одной до двух недель, но в отдельных случаях может колебаться от одних суток до 30 дней.

Первыми симптомами, которыми испытывает больной, становятся общая слабость организма, слабость в мышцах шеи, затем наступает онемение кожи лица и шеи. Клинические проявления энцефалита у разных людей сильно вирируются. Очень часто, заболевание начинается с озноба и повышения температуры тела до 38 - 40°С, такое состояние может длиться от 2 до 10 дней. На фоне общего плохого самочувствия, появляется резкая головная боль, затем тошнота и рвота.

При остром течении заболевания, начинаются гиперемия кожи и слизистых оболочек, мышечные боли. Очень часто, заболевание длится в легких, стертых формах с коротким лихорадочным периодом.

Существует пять клинических форм клещевого энцефалита:

· Лихорадочная форма клещевого энцефалита. Лихорадка длится не долго, в течение 3-5 дней. Основными клиническими признаками ее являются головная боль и слабость.

· Менингеальная форма. Самая частая разновидность энцефалита. Из симптомов, самый распространенный, сильная головная боль, усиливающаяся при малейшем движении головы. Появляется головокружение, тошнота, рвота, боль в глазах. Лихорадка длится в среднем 7-14 дней.

· Менингоэнцефалитическая форма клещевого энцефалита. Эта форма с более тяжелым течением. Среди симптомов, часто наблюдается бред и галлюцинации с развитием эпилептических припадков.

· Полиомиелитическая форма клещевого энцефалита, самая распространенная, и наблюдается почти у трети больных. В течение нескольких дней больной чувствует общую слабость и повышенная утомляемость. Затем появляются подергивания мышц, которые показывают, раздражение клеток передних рогов продолговатого и спинного мозга. Двигательные нарушения при этой форме клещевого энцефалита продолжаются до двух недель. После истечения этого срока, развивается атрофия мышц.

· Полирадикулоневритическая форма характеризуется поражением периферических нервов.

Лучшей защитой от клещевого энцефалита является, вакцинация. При обнаружении любых симптомов клещевого энцефалита и при подозрении на оный, нужно срочно поместить больного в инфекционную больницу, для проведения интенсивного лечения.

3. Психические расстройства при энцефалитах

Психические расстройства - частые проявления энцефалита. Выраженность и характер их зависят от стадии, особенностей локализации, тяжести и течения болезни. В остром периоде в легких случаях определяются астения, ипохондричность, тревожно-тоскливое настроение либо эйфория; нередки психосенсорные нарушения. В тяжелых случаях на этом фоне или непосредственно развиваются расстройства сознания (оглушение, сопор, кома, сумеречное состояние, делирий, спутанность, "острый бред", онивризм, онейроид), которые могут сменять друг друга, сочетаться, рецидивировать, углубляться или ослабевать в зависимости от динамики других неврологических проявлении.

Остро наступающее расстройство сознания - иногда первый клинический признак энцефалита, маскирующий очаговую неврологическую симптоматику. В хронической стадии энцефалита возможен рецидив психических расстройств, характерных для острого периода, на фоне и астении, и нарастающих психоорганических изменений.

У некоторых больных развиваются протрагированные эндоформные психозы (депрессии, мании, аффективно-бредовые состояния, галлюцинаторно-параноидные картины, апатический и кататонический ступор, конфабулез), нестойкий синдром Корсакова, псевдопаралич. Стойкие психоорганические изменения при хроническом течении энцефалита многообразны. Это снижение уровня личности, психопатоподобные картины (чаще при возникновении энцефалита в детстве). Различные формы принимает непсихотический психоорганический синдром: у одних больных преобладает астения, у других - эксплозивность, эйфория, депрессия или апатия, у третьих нарушаются избирательность, целенаправленность психических процессов, способность дифференцировать значимость происходящего и аффективное отношение к окружающей среде.

При этом могут иметь место импульсивность влечений, замедленность, однообразие мышления, эмоциональная малоподвижность. Реже наблюдаются органические периодические психозы (при поражении эпендимы желудочков мозга, гипоталамической области), эпилептический синдром, стойкий синдром Корсакова, парциальное или псевдопаралитическое слабоумие. У детей возможно развитие синдрома преходящего слабоумия (быстрая временная утрата навыков). Психоорганические изменения носят нередко резидуальный характер (особенно при вторичных энцефалитах), им может быть свойственна тенденция к регредиентному течению (чаще у детей при активном лечении). Возможны декомпенсации (под влиянием дополнительных вредностей), прогредиентное развитие (как правило, при первичных энцефалитах). При появлении психических расстройств показано осторожное назначение психотропных средств.

Лечебное и профилактическое значение имеет применение на всех этапах ноотропов, витаминов, общеукрепляющих и сердечно-сосудистых средств, препаратов, направленных на борьбу с отеком и набуханием мозга.

4. Диагностика клещевого энцефалита

Клиническое распознавание клещевого энцефалита на первом этапе основывается на известных клинико-эпидемиологических данных. В большинстве наблюдений удается установить предшествующее пребывание человека в лесу, укус клеща или возможность употребления им сырого инфицированного молока. Сразу оценивается вероятная продолжительность инкубационного периода, а клинические исследования могут выявить нейроинфекционный характер болезни. Предварительный диагноз должен быть подтвержден лабораторным методом. Для выявления инфицирования вирусом и установления диагноза клещевого энцефалита повсеместно используются лабораторные методы иммуноферментного анализа антигенов вируса клещевого энцефалита при четырехкратном нарастании титра вирусспецифических антител в парных сыворотках. Повторное обследование можно провести спустя 7-10 дней. Обычно антитела в высоких титрах обнаруживаются на 10-14-й день болезни, а иногда и раньше, и достигают высокого уровня к концу месяца. Даже однократное определение высокой концентрации вирусспецифических иммуноглобулинов класса IgM следует считать достоверным свидетельством в пользу клинического диагноза клещевого энцефалита. Ранние антитела IgM в сыворотке пациентов выявляются, начиная с первых дней после укуса клеща. Чувствительность применения ИФА вирусспецифических антител класса IgM для диагностики максимальна в первой десятидневке после инфицирования. Антитела класса IgG в максимальных титрах выявляются в течение 2-6 месяцев после инфицирования. Однако, следует учитывать отсутствие антител или весьма низкий уровень продукции их у части больных в титрах не выше 1:640. При этом следует иметь в виду возможность обнаружения специфических антител в низких титрах в течение длительного времени у вакцинированных. Поэтому для подтверждения диагноза часто рекомендуется применение высокочувствительного ПЦР-анализа для определения РНК вируса клещевого энцефалита. Определение вирусной РНК при клещевом энцефалите в образцах сыворотки, ликвора, в зависимости от сроков выявления и корреляции с определенными соотношениями уровней специфических антител IgM и IgG, может служить для диагностики серонегативной формы клещевого энцефалита, затяжной реконвалесценции, прогноза второй волны лихорадки клещевого энцефалита и возможности хронизации процесса. В последнее время ПЦР-анализ РНК вируса клещевого энцефалита, метод ИФА для индикации вирусного антигена в клещах, снятых с людей, все чаще применяются для прогноза риска заболевания клещевым энцефалитом. При положительных результатах тестирования рекомендуется экстренная серопрофилактика укушенного путем внутримышечного введения специфического противоэнцефалитного человеческого иммуноглобулина. Дифференциальная диагностика должна учитывать возможность заболевания пациента японским энцефалитом, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, энтеровирусным менингитом, клещевым риккетсиозом, болезнью Лайма (боррелиозом) и др.

5. Лечение клещевого энцефалита

Лечение больных клещевым энцефалитом проводится по общим принципам, независимо от проводимых ранее профилактических прививок или применения с профилактической целью специфического гамма-глобулина. В остром периоде болезни, даже при легких формах, больным следует назначать постельный режим до исчезновения симптомов интоксикации. Почти полное ограничение движения, щадящее транспортирование, сведение к минимуму болевых раздражений отчетливо улучшают прогноз заболевания. Не менее важную роль в лечении имеет рациональное питание больных. Диета назначается с учетом функциональных нарушений желудка, кишечника, печени. Принимая во внимание наблюдаемые у ряда больных клещевым энцефалитом нарушения витаминного баланса, необходимо назначение витаминов группы В и С. Аскорбиновая кислота, стимулирующая функцию надпочечников, а также улучшающая антитоксическую и пигментную функции печени, должна вводиться в количестве от 300 до 1000 мг в сутки. Этиотропная терапия заключается в назначении гомологичного гамма-глобулина, титрованного против вируса клещевого энцефалита. Препарат оказывает четкий терапевтический эффект, особенно при среднетяжелом и тяжелом течении болезни. Гамма-глобулин рекомендуется вводить по 6 мл внутримышечно, ежедневно в течение 3 сут. Лечебный эффект наступает через 12-24 ч после введения гамма-глобулина: температура тела снижается до нормы, общее состояние больных улучшается, головные боли и менингеальные явления уменьшаются, а иногда и полностью исчезают. Чем раньше вводится гамма-глобулин, тем быстрее наступает лечебный эффект. В последние годы для лечения КЭ применяются сывороточный иммуноглобулин и гомологичный полиглобулин, которые получают из плазмы крови доноров, проживающих в природных очагах клещевого энцефалита. В первые сутки лечения сывороточный иммуноглобулин рекомендуется вводить 2 раза с интервалами 10-12 ч по 3 мл при легком течении, по 6 мл - при среднетяжелом и по 12 мл - при тяжелом. В последующие 2 дня препарат назначают по 3 мл однократно внутримышечно. Гомологичный полиглобулин вводится внутривенно по 60-100 мл. Считается, что антитела нейтрализуют вирус (1 мл сыворотки связывает от 600 до 60000 смертельных доз вируса), защищают клетку от вируса, связываясь с ее поверхностными мембранными рецепторами, обезвреживают вирус внутри клетки, проникая в нее путем связывания с цитоплазматическими рецепторами. Для специфического противовирусного лечения клещевого энцефалита используется также рибонуклеаза (РНК-аза) - ферментный препарат, приготовляемый из тканей поджелудочной железы крупного рогатого скота. РНК-аза задерживает размножение вируса в клетках нервной системы, проникая через гематоэнцефалический барьер. Рибонуклеазу рекомендуется вводить внутримышечно в физиологическом растворе (препарат разводится непосредственно перед выполнением инъекции) в разовой дозе 30 мг через 4 ч. Первая инъекция выполняется после десенсибилизации по Безредко. Суточная доза вводимого в организм фермента составляет 180 мг. Лечение продолжается в течение 4-5 дней, что обычно соответствует моменту нормализации температуры тела. Современным способом лечения вирусных нейроинфекций является применение препаратов интерферона, которые можно вводить внутримышечно, внутривенно, эндолюмбально и эндолимфатически. Следует учитывать, что большие дозы интерферона 1-3-6х10 ME - обладают иммунодепрессивным свойством, а устойчивость клеток к проникновению вируса не прямо пропорциональна титрам ИФН. Поэтому целесообразно использовать относительно небольшие дозы препарата либо применять индукторы интерферона (двуспиральная РНК фага f2, тилорон и др.), обеспечивающие невысокие титры ИФН и обладающие иммуномодулирующим свойством. Двуспиральная РНК фага f2 (ларифан) вводится внутримышечно по 1 мл с интервалом 72 ч от 3 до 5 раз. Тилорон в дозе 0,15-0,3 г назначается перорально с интервалом 48 ч от 5 до 10 раз. Патогенетическая терапия при лихорадочной и менингеальной формах клещевого энцефалита, как правило, заключается в проведении мероприятий, направленных на уменьшение интоксикации. С этой целью производится пероральное и парентеральное введение жидкости с учетом водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния. При менингоэнцефалитической, полиомиелитической и полирадикулоневритической формах болезни дополнительное назначение глюкокортикоидов является обязательным. Если у больного нет бульбарных нарушений и расстройств сознания, то преднизолон применяется в таблетках из расчета 1,5-2 мг/кг в сутки. Назначается препарат равными дозами в 4-6 приемов в течение 5-6 дней, затем дозировка постепенно снижается (общий курс лечения 10-14 дней). Одновременно больному назначаются соли калия, щадящая диета с достаточным содержанием белков. При бульбарных нарушениях и расстройствах сознания преднизолон вводится парентерально при увеличении вышеуказанной дозы в 4 раза. При бульбарных нарушениях (с расстройством глотания и дыхания) с момента появления первых признаков дыхательной недостаточности должны быть обеспечены условия для перевода больного на ИВЛ. Люмбальная пункция при этом противопоказана и может быть произведена только после устранения бульбарных устройств. Для борьбы с гипоксией целесообразно систематическое введение увлажненного кислорода через носовые катетеры (по 20-30 мин каждый час), проведение гипербарической оксигенации (10 сеансов под давлением рСO2=0,25 МПа), использование нейроплегиков и антигипоксантов: внутривенное введение оксибутирата натрия по 50 мг/кг массы тела в сутки или седуксена по 20-30 мг в сутки. Кроме того, при психомоторном возбуждении можно использовать литические смеси.

. Профилактика

Неспецифическая профилактика включает применение: - специальных защитных костюмов (костюм для защиты от гнуса и клещей, состоящий из "комплекта трикотажного защитного технического назначения" ТУ 17 - РСФСР-53-10-435-82 (верхняя и нательная сетчатые рубашки и наголовная накидка) или "костюма мужского летнего для рабочих - лесозаготовителей, защитного от насекомых" ТУ 17 - РСФСР-06-76-94-81 (брюки, куртка)); - приспособленной одежды, которая не должна допускать заползания клещей через воротник и обшлага. Брюки должны быть заправлены в сапоги, гольфы, носки с плотной резинкой. Верхняя часть одежды (рубашка, куртка) должна быть заправлена в брюки, а манжеты рукавов плотно прилегать к руке. Ворот рубашки и брюки не должны иметь застёжки или иметь застёжку типа "молния", под которую не может заползти клещ. На голове предпочтительнее шлем-капюшон, плотно пришитый к рубашке, в крайнем случае, волосы должны быть заправлены под косынку. Одежда должна быть однотонной, так как на ней клещи более заметны. Учитывать, что клещи всегда ползут вверх по одежде, подчиняясь отрицательному геотаксису!; - специальных химических препаратов, наносимых на одежду с целью защиты от нападения клещей и снижения риска заражения. Применяться должны только средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации в установленном порядке. Эффективность и безопасность данных препаратов зависит от соблюдения рекомендаций по способам их применения, указанных на этикетке или в "Методических указаниях" по каждому средству. При этом обязательным условием является соблюдение мер предосторожности, личной гигиены, а в случае отравления - первой помощи. Препараты, содержащие инсектициды, наносятся только на одежду, применение их на кожные покровы запрещено!

Список препаратов, разрешённых на территории Российской Федерации для защиты от клещей.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование препарата | Производитель |
| 1. | "Бибан" | Словения |
| 2. | "ДЭФИ-Тайга" | Россия |
| 3. | "Офф! Экстрим" | Италия |
| 4. | "Гардекс аэрозоль экстрим" | Италия |
| 5. | "Гал-РЭТ" | Россия |
| 6. | "Гал - РЭТ - кл" | Россия |
| 7. | "Дэта-ВОККО" | Россия |
| 8. | "Рефтамид максимум" | Россия |
| 9. | "Претикс" - брусок | Россия, ПБОЮЛ П.Н. Добронравов |
| 10. | "Рефтамид таёжный" (аэрозоль) | Россия, ОАО "Сибиар" |
| 11. | "Пикник - Антиклещ" (аэрозоль) | Россия, ОАО "Арнест" |
| 12. | "Торнадо - Антиклещ" (в беспропеллентной аэрозольной упаковке) | Россия, Москва |
| 13. | "Фумитокс - антиклещ" (аэрозоль) | Россия, Москва |
| 14. | "Гардекс - антиклещ" (аэрозоль) | Италия, фирма "Зака С.р.Л." |
| 15. | "Перманон" (аэрозоль) | Россия |
| 16. | "Кра - реп" (аэрозоль) | Россия, ОАО "Хитон" |
| 17. | "Москитол - антиклещ" (аэрозоль) | Франция, "Эф-Си-Эй" |

Вакцинация

Стандартная схема вакцинации клещевого энцефалита состоит из 3 доз, которые вводятся по схеме 0-1(3)-9(12) месяцев - для импортных, и 0-1(7)-(12) - для отечественных вакцин; ревакцинация проводится каждые 3 года. Для формирования иммунитета большинству прививаемых достаточно 2 прививок с интервалом в 1 мес. Стойкий иммунитет к клещевому энцефалиту появляется через две недели после введения второй дозы, независимо от вида вакцины и выбранной схемы. Однако для выработки полноценного и длительного (не менее 3 лет) иммунитета необходимо сделать третью прививку через год после второй. Экстренная схема вакцинации клещевого энцефалита Для большинства вакцин разработана экстренная схема вакцинации (см. инструкцию). Целью применения экстренной схемы является быстрое достижение защитного эффекта, в случаях, когда сроки стандартной вакцинации были упущены. Быстрее всего иммунитет к клещевому энцефалиту появится при экстренной вакцинации Энцепуром - через 21 день. При экстренной вакцинации ФСМЕ-ИММУН или Энцевиром - через 28 дней. Вакцина, введенная по экстренной схеме, создает такой же стойкий иммунитет, как и при стандартной схеме вакцинации. Вакцинация способна реально защитить около 95% привитых. В случаях возникновения заболевания у привитых людей оно протекает легче и с меньшими последствиями. Однако следует помнить, что вакцинация против клещевого энцефалита не исключает всех остальных мер профилактики укусов клещей (репелленты, надлежащая экипировка), поскольку клещи переносят не только клещевой энцефалит, но и другие инфекции, от которых нельзя защититься вакцинацией.

Ревакцинация После стандартного первичного курса из 3-х прививок стойкий иммунитет сохраняется как минимум 3 года. Ревакцинация против клещевого энцефалита проводится каждые 3 года после третьей прививки. Ревакцинация осуществляется путем однократного введения стандартной дозы вакцины. В случае, когда была пропущена одна ревакцинация (1 раз в 3 года), весь курс заново не проводится, делается лишь одна прививка-ревакцинация. Если было пропущено 2 плановых ревакцинации, курс прививок против клещевого энцефалита проводится заново. Согласно профессиональной технике безопасности для выезжающих на полевые работы в эндемичные регионы с целью сохранения высокого уровня антител ревакцинация проводится ежегодно.

Каждый человек, находясь в природном очаге клещевых боррелиозов в сезон активности насекомых, должен часто (каждые 10-15 минут) проводить поверхностные осмотры своей одежды, а каждые 2 часа необходимо проводить тщательные осмотры тела со снятием и выворачиванием одежды. На опасной территории нельзя садиться или ложиться на траву или необходимо особенно часто и тщательно проводить само- и взаимоосмотры одежды. Для выбора места стоянки, ночёвки предпочтительны сухие сосновые леса с песчаной почвой или участки, лишённые травянистой растительности. Перед ночёвкой следует тщательно осмотреть одежду, тело и волосы. После возвращения из леса провести полный осмотр тела, одежды. Не заносить в помещение свежесорванные цветы, ветки, верхнюю одежду и другие предметы, на которых могут оказаться клещи. Не забывать, что обычно клещи присасываются не сразу! Чем быстрее снят клещ с тела, тем меньшую дозу возбудителя он передаст! Присосавшегося к телу клеща необходимо удалить сразу после обнаружения, стараясь не оторвать погруженный в кожу хоботок, и обратиться в медицинское учреждение. Для удаления присосавшегося клеща надо захватить его пинцетом или обернутыми чистой марлей пальцами как можно ближе к ротовому аппарату и держа строго перпендикулярно поверхности укуса повернуть тело клеща вокруг оси, извлечь его из кожных покровов. Снятого клеща следует сжечь или залить кипятком. Ранку в месте укуса рекомендуется обработать йодом и тщательно вымыть руки.

7. Сестринский процесс

Строгое выполнение назначения врача!

За больными, страдающими энцефалитом, необходим особый уход из-за наличия у многих из них нарушений сознания и выраженных двигательных расстройств, в том числе параличей конечностей, гиперкинезов, бульбарного синдрома.

При *уходе* за больными с нарушением сознания необходимо следить за чистотой их нательного и постельного белья, не менее двух раз в день умывать и подмывать больных, осторожно кормить их из ложки (если не нарушено глотание), следить за тем, чтобы больные с двигательным возбуждением не падали, поворачивать в постели больных в состоянии оглушения и заторможенности, протирать у них кожу камфорным спиртом для профилактики пролежней.

Тщательного ухода требуют больные с двигательными нарушениями, особенно с бульбарным синдромом, характеризующимся расстройствами речи, глотания, дыхания.

Средний медицинский персонал должен не только уметь войти в контакт с больным, правильно ухаживать за ним, но и не пропустить появление нарушений дыхания, при которых следует проводить реанимационные мероприятия.

Профилактика. При ряде энцефалитов (клещевой, японский, коревой и др.) эффективна вакцинация, а для большинства энцефалитов (герпетический и др.) профилактика не разработана.

Заключение

На основании всего выше изложенного можно сделать следующие выводы.

. Психические расстройства - частые проявления энцефалита. Выраженность и характер их зависят от стадии, особенностей локализации, тяжести и течения болезни. В остром периоде в легких случаях определяются астения, ипохондричность, тревожно-тоскливое настроение либо эйфория; нередки психосенсорные нарушения. В тяжелых случаях на этом фоне или непосредственно развиваются расстройства сознания (оглушение, сопор, кома, сумеречное состояние, делирий, спутанность, "острый бред", ониризм, онейроид), которые могут сменять друг друга, сочетаться, рецидивировать, углубляться или ослабевать в зависимости от динамики других неврологических проявлении;

. За больными, страдающими энцефалитом, необходим особый уход из-за наличия у многих из них нарушений сознания и выраженных двигательных расстройств, в том числе параличей конечностей, гиперкинезов, бульбарного синдрома.

При *уходе* за больными с нарушением сознания необходимо следить за чистотой их нательного и постельного белья, не менее двух раз в день умывать и подмывать больных, осторожно кормить их из ложки (если не нарушено глотание), следить за тем, чтобы больные с двигательным возбуждением не падали, поворачивать в постели больных в состоянии оглушения и заторможенности, протирать у них кожу камфорным спиртом для профилактики пролежней;

. При ряде энцефалитов (клещевой, японский, коревой и др.) эффективна вакцинация, а для большинства энцефалитов (герпетический и др.) профилактика не разработана.

клещевой энцефалит сестринский уход

Список использованной литературы

. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. - М.: Медицина, 1981. - 496 с.

. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. П.В. Мельничука. - М.: Медицина, 1982. - Т. 1. - 365 с.; Т. 2. - 400 с.

. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. - М.: Медицина, 1991.

. Петровский Б.В. Вопросы врачебной этики и современность. // Вестник Российской АМН. - 1996. - №11. - C.3-5.

. Свядощ А.М. Неврозы и их лечение. 2-изд .- М., 1971.

. Харди Н. Врач, сестра, больной: Пер. с венг. - 4-е изд. - Будапешт: Изд-во Академии наук, 1981. - 286 с.

. Ходос Х.Г. Нервные болезни: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1974. - 511 с.

. Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л. Учебный атлас психиатрии. - К.: Госкомиздат УССР, 1962. - 380 с.

. Яровинский М.Я. Медицинский работник и пациент: (Конспект лекции). // Медицинская помощь. - 1996. - №5. - C.32-39.