Курсовая работа

**Сестринский уход при клещевом энцефалите**

**Введение**

клещевой энцефалит больной инфекционный

1. Энцефалит - самая опасная инфекция, из тех, которую переносят клещи. Он начинается обычно как грипп - с небольшой температуры, головной боли, ломоты в суставах. Но потом температура повышается, усиливается головная боль, появляется рвота. Болезнь поражает центральную и периферическую нервную систему, приводит к расстройствам памяти и интеллекта, а тяжелые осложнения могут завершиться параличом и летальным исходом. Разумеется, не все клещи носят в себе вирус - может, 12%.

С начала сезона клещей 2015 года нападению насекомых подверглись более100 тысяч россиян, случаи ужеукусов отмечены в 62 регионах. Районы, где сложилась наиболее неблагоприятная ситуация - это Красноярский край, Кемеровская, Иркутская и Томская области, там число укушенных в нынешнем году возросло в 4,6 раза.

группе риска: представители профессий, деятельность которых связана с пребыванием в лесу - работники леспромхозов, геологи, охотники, строители автомобильных и железнодорожных дорог, прокладчики трубопроводов, топографы. горожане, которых клещ настиг на прогулке в парке, пригородном лесу или на дачном участке.

По количеству случаев заболевания клещевым энцефалитом наша страна занимает первое место в мире. Этой опасной инфекцией, по оценкам экспертов, в России ежегодно заболевает около 3 тысяч человек, их них 30% - дети. При этом вероятность умереть от укуса энцефалитного клеща, обитающего на северо-западе и в средней полосе (по разным оценкам) составляет от 1 до 3%. А на Дальнем Востоке смертельные исходы наступают у 20-40% заболевших.

Курганская область является крупнейшим в Российской Федерации природным очагом по клещевому энцефалиту. Ситуация по заболеваемости клещевым энцефалитом населения Курганской области остается напряженной. Отмечается рост численности клещей на ранее благополучных территориях, в связи, с чем возрастает риск заражения клещевым вирусным энцефалитом. Клещевой энцефалит является самым распространенным природно-очаговым заболеванием в Курганской области. Заболеваемость клещевым энцефалитом в нашей области значительно выше, чем уровень заболеваемости другими природно-очаговыми заболеваниями. Рост заболеваемости с середины восьмидесятых годов и показатели ее по области в 4-5 раза выше среднероссийских.

Цели исследования этой работы: Выявление эффективных форм сестринского ухода при клещевом энцефалите.

Исходя из целей работы, были поставлены следующие задачи:

. Изучить и проанализировать литературные источники по исследуемой теме.

. Описать этиологию, патогенез, эпидемиологию и клинические формы клещевого энцефалита.

. Изучить диагностику и лечение клещевого энцефалита.

. Выявить эффективные формы сестринского ухода

Методы исследования

. Теоретический - изучение и анализ медицинской литературы по данной теме.

. Сравнительно-сопоставительный анализ

Объект исследования: сестринский уход за пациентами при клещевом энцефалите.

Предмет исследования: эффективные формы сестринского ухода при клещевом энцефалите.

**1. Клещевой энцефалит**

**.1 О клещах**

Клещи - подклассчленистоногих из класса паукообразных. Самая многочисленная группа в классе: в настоящее время описано свыше 48 тысяч видов. Такого расцвета клещи достигли в связи с тем, что в своём историческом развитии они приобрели микроскопически мелкие размеры, что позволило им освоить верхние слои почвы, богатые разлагающимися растительными остатками.

Раздел зоологии, изучающий клещей, называется акарологией.

Панцирные клещи- самая обширная группа почвенных клещей, наиболее обильных в лесных почвах и подстилке.

Свои грызущие хелицеры они используют для пережевывания гниющих растительных остатков с обильной микрофлорой.

Переносят в своих телах ленточных гельминтов, поражающих домашний скот.

Амбарные клещи,называемые также мучными, или хлебными, - мелкие животные с грызущими хелицерами. Обитают в почве и гниющих растительных остатках, а также в хранилищах сельскохозяйственных продуктов, вызывая порой порчу зерна, муки и круп.

У людей, работающих с зерном, они способен вызывать уколами хелицер сильное раздражение кожи и респираторную симптоматику, характерную для аллергических реакций.

По счастью амбарный клещ быстро покидает человека, так как питается тканями насекомых.

Чесоточные клещи паразитируют на млекопитающих. Чесоточный зудень вызывает чесотку у человека.

Самка прогрызает длинные ходы в роговом слое кожи и откладывает туда яйца. Это сопровождается сильным зудом и воспалением.

Клещи-краснотелки во взрослом состоянии - хищники, а на личиночной стадии - паразиты.

Они поражают кожу многих сухопутных позвоночных (рептилий, птиц, млекопитающих), прокладывая в ней ходы.

Под воздействием их слюны ткани разжижаются (эта жидкость служит клещам пищей), и возникает сильное воспаление, однако кровь краснотелки не сосут.

Некоторые представители этого рода передают человеку от грызунов и насекомоядных болезнь цуцугамуши (японскую речную лихорадку).

Водяные клещи. Представители семейства широко распространены в пресных водоемах, а обитают главным образом в морях. Водяные клещи - в основном свободноживущие хищники, нападающие на мелких беспозвоночных, но известны и паразиты различных животных.

Гамазовые клещи. Большинство представителей этой группы - хищники, питающиеся мелкими беспозвоночными, но многие - паразиты наземных позвоночных.

Наиболее полно изучен куриный клещ - серьезный вредитель птицеводческих хозяйств. Днем эти клещи прячутся в щелях курятников, а ночью нападают на кур и сосут у них кровь. При массовом поражении птица может погибнуть от малокровия.

К птичьим паразитам этого рода близок мышиный клещ, который может передавать от грызунов человеку возбудителей осповидного риккетсиоза.

Ну и, наконец, иксодовые клещи - кровососущие паразиты наземных позвоночных (рептилий, птиц, млекопитающих).

Это самые крупные представители отряда, достигающие в длину 2,5 см (когда насосутся крови), но обычно не более 1,3 см.

Именно они представляют наибольшую опасность в наших краях.

Ибо являются переносчиками многих опасных заболеваний.

У человека к ним относятся клещевой энцефалит, пятнистая лихорадка Скалистых гор, болезнь Лайма, клещевой сыпной тиф, туляремия.

Несмотря, на значительное число видов иксодовых клещей, реальное эпидемиологическое значение имеют только два вида: таежный клещ, в азиатской и в ряде районов европейской части, европейский лесной клещ - в европейской части.

Иксодовый клещ представляет собой самоходную емкость для крови, снабженную четырьмя парами ног и хоботком-шприцем. Головка с режущими хелицерами причленена к туловищу очень подвижно.

Во время питания она глубоко погружается в кожу и заякоривается там специальным подротовым выростом - гипостомом - с направленными назад зубчиками.

Полностью насосавшийся паразит весит в 80-120 раз больше, чем до приема пищи.

Впрочем, столько крови могут вместить в себя только самки, нуждающиеся в огромном количестве питательных веществ для откладки яиц.

Время, затрачиваемое на питание, у разных полов различно: самки висят на хозяине до 6 дней, самцы же уделяют питанию всего несколько часов.

Но, насытившись, они не торопятся покидать хозяина, а отправляются на поиски присосавшихся самок, с которыми тут же, не прерывая их трапезы, спариваются.

При необходимости клещи могут подолгу - в природе месяцами, а в лаборатории и годами - обходиться вовсе без пищи благодаря своей малоподвижности и предельно экономному расходованию запасов организма

А из яиц вылупляются бесполые личинки с тремя парами ног.

Личинка тут же принимается искать жертву и, наевшись и перелиняв, превращается в нимфу - существо побольше (1,5 миллиметра) и уже восьминогое, но по-прежнему бесполое.

Нимфы, перезимовав в подстилке, выходят на поиски пропитания.

Если им повезет, они уйдут на вторую зимовку сытыми, а следующую весну встретят уже взрослыми клещами.

Личинки нападают в основном на мелких грызунов, ящериц, певчих птиц.

Нимфы распространяют свои аппетиты на бурундуков, ежей, зайцев, а основные жертвы взрослых клещей - копытные, крупные и человек.

Но можно найти и взрослого клеща на лесной мыши, и личинку - на корове.

Таким образом, цикл развития клеща занимает по крайней мере три теплых сезона (во время которых клещ питается всего трижды), а может растягиваться и на 4-5 лет.

Взрослый клещ редко проходит за всю свою жизнь больше десятка метров.

Свою ходячую еду он поджидает, устроившись на травинке или веточке где-нибудь возле постоянной тропы, на обочинах дорог.

Две задние пары ног держатся за опору, две передние (на их последних члениках расположены органы обоняния) вытянуты вперед и в стороны, как для объятий.

Если мимо проходит подходящее животное, клещ хватается за него передними ногами, а затем начинает выбирать место для укуса.

**1.2 Этиология**

Возбудитель болезни РНК-содержащий вирус, из рода флавовирусов. Вирус довольно устойчив во внешней среде, хорошо переносит низкие температуры и высушивание, хорошо и длительно сохраняется в молочных продуктах, но - быстро погибает под воздействием высоких температур (при кипячении погибает через 2-3 минуты) и при дезинфекции. Выделено 3 типа вирусов (Дальневосточный, Сибирский и Европейский) и 39 подтипов. Наиболее патогенный 1 тип вируса

Многие исследователи считают, что тяжесть заболевания зависит от способности вируса определенного подтипа проникать через гематоэнцефалический барьер, поражая, либо не поражая ЦНС.

**1.3 Патогенез**

При укусе клещом вирус попадает в организм через поврежденную кожу. При алиментарном заражении вирусы проникают через поврежденную слизистую оболочку кишечника. Из первичного очага вирус попадает в кровоток (первичная вирусемия) и разносится по всему организму, адсорбируясь на макрофагах и гистиоцитах лимфоидных образований внутренних органов и эндотелии сосудов. Затем вирион вируса проникает в клетки и начинается репликация вируса. По мере накопления вируса клетки погибают, и вирусы попадают в кровоток повторно, но уже в большом количестве, Наступает период вторичной вирусемии. Кровотоком вирусы разносятся по всему организму и оседают в большом количестве в тканях и в том числе и ЦНС.

Нахождение вируса в большом количестве в крови дает ответную реакцию организма в виде лихорадки, что клинически диагностируется как ОРЗ. Тяжесть течения ОРЗ находится в определенной зависимости от количества вирусов находящихся в крови.

У части больных вирус преодолевает гематоэнцефалический барьер и тогда появляются признаки поражения ЦНС. Обладая большой тропностью к синовиальным оболочкам, нейроглии и нейронам вирус оседает на них, вызывая вторичный инфекционный процесс, что клинически проявляется развитием серозного менингита, менингоэнцефалита, или менингоэнцефаломиелита.

Клещевой менингоэнцефаломиелит относится к панэнцефалитам, так как наблюдается поражение не только оболочек, но и серого и белого вещества мозга. Воспалению больше подвергаются оболочки, ядра и белое вещество моста, продолговатый, средний мозг и передние рога верхних шейных сегментов спинного мозга. Иногда наблюдаются поражение миелиновых волокон. Могут наблюдаться токсические изменения во внутренних органах - печени, легких, почках и других органах.

В хронической фазе клещевого энцефалита определяются деструктивные, дегенеративные изменения в 3-4 слоях двигательной зоны коры, красных ядрах, нижних оливах, стволовой ретикулярной формации, мотонейронах передних рогов спинного мозга. Хронический процесс, не всегда имеет неуклонно прогрессирующее течение; и может проявлять некоторую склонность к обратному развитию или же развиваться волнообразно с рецидивами и ремиссиями разной продолжительности.

У многих не вакцинированных людей, проживающих в эндемичных регионах и не болевших клещевым энцефалитом, выявляются антитела, что говорит о контакте с инфекцией, то есть после укуса клещом болезнь протекала легко, и пациент чувствовал себя удовлетворительно. В таких случаях болезнь можно определить только с помощью лабораторных исследований. Появление в крови иммуноглобулинов G к вирусу клещевого энцефалита, говорит о том, что был контакт с вирусом и выработался иммунитет, что и наблюдается у многих не вакцинированных людей, проживающих в эндемичных регионах. После перенесенного заболевания остается стойкий и длительный иммунитет и повторные заболевания не зарегистрированы.

**1.4 Эпидемиология**

Естественным резервуаром вируса и его источником являются более 130 видов различных теплокровных диких и домашних животные. Основным резервуаром вирусов являются мелкие грызуны (зайцы, мыши, крысы, бурундуки, ежи) и иксодовые клещи. Основным переносчиком болезни являются клещи. Заражение может происходить не только при укусе, но и при раздавливании клеща на коже или попадании инфицированного материала на кожу и слизистые оболочки.

Для заболевания характерна строгая весенне-летняя сезонность, соответствующая активности клещей. Чаще инфицируются лица в возрасте 20-40 лет.

Заболеваемость клещевым энцефалитом подвержена определенным колебаниям и в последние годы растет, что связано с несколькими факторами:

· колебаниями численности клещей;

· качеством проведения профилактических мероприятий;

· урбанизацией и интенсивностью посещения населением лесных угодий в периоды наибольшей численности клешей:

Особенностью заболеваемости клещевым энцефалитом в последние годы является преобладание среди заболевших горожан, которые заразились в пригородных лесах, на садовых и огородных участках. (60-70%)

Многие ученые считают, что главных причин эпидемиологического неблагополучия по клещевому энцефалиту в последние годы, в районах Урала и Западной Сибири стало полное прекращение акарицидных обработок территории из-за запрещения использования дуста ДДТ и сокращение масштабов вакцинации и серопрофилактики в связи с их недостатком.

Чаще вирус клещевого энцефалита передается человеку через присасывание зараженных иксодовых клещей. Заражение также может произойти при заносе клещей животными (собаками, кошками) или людьми - на одежде, с цветами, ветками и т.д. Возникновение заболевания возможно и при втирании в кожу вируса при раздавливании клеща или расчесывании мест укуса.

Другой путь заражения - употребление в пищу сырого молока коз, у которых в период массового нападения клещей вирус может находиться в молоке. Существует вероятность заражения клещевым энцефалитом также через молоко коров.

К заражению клещевым энцефалитом восприимчивы все люди, независимо от возраста и пола. Наибольшему риску подвержены лица, деятельность которых связана с пребыванием в лесу, причем приезжие заболевают чаще, чем коренные жители. Горожане заражаются в пригородных лесах, лесопарках и на садово-огородных участках.

Период активности клещей в природе начинается весной и продолжается до октября, максимальное же количество клещей наблюдается в первой половине лета. Местами наибольшей концентрации взрослых клещей являются старые пашни, целина, лесополосы, стога сена, а также прибрежная зона водоемов.

Источником инфекции являются 2 типа клещей - азиатский (подтипы лесной и таежный) и европейский.

Заражение происходит с апреля по октябрь месяц, с весенне-летним подъемом. В некоторых регионах, где доминирует европейский вида клеща, отмечается два пика заболеваемости - весенний (май-июнь) и осенний (август-сентябрь).

**1.5 Клиническая картина при клещевом энцефалите**

Инкубационный период клещевого энцефалита длится в среднем 7-14 дней с колебаниями от одних суток до 30 дней.

Отмечаются скоропреходящая слабость в конечностях, мышцах шеи, онемение кожи лица и шеи.

Клинические проявления клещевого энцефалита многообразны, течение вариабельно.

Болезнь часто начинается остро, с озноба и повышения температуры тела до 38-40°С. Лихорадка длится от 2 до 10 дней.

Появляются:

•общее недомогание

•резкая головная боль

•тошнота и рвота, разбитость

•утомляемость

•нарушения сна

В остром периоде отмечаются:

•гиперемия кожи лица, шеи и груди

•гиперемия слизистой оболочки ротоглотки

•инъекция склер и конъюнктив.

•беспокоят боли во всем теле и конечностях

Характерны мышечные боли, особенно значительные в группах мышц, в которых в дальнейшем обычно возникают парезы и параличи. Иногда им предшествуют онемение, парестезии и другие неприятные ощущения.

С момента начала болезни может возникать помрачнение сознания, оглушенность, усиление которых может достигать степени комы.

Тем не менее болезнь часто протекает в легких, стертых формах с коротким лихорадочным периодом.

Нередко в месте присасывания клещей появляются разного размера эритемы. Однако, так называемая мигрирующая кольцевая эритема часто является клиническим маркером другой инфекции - клещевого боррелиоза или болезни Лайма, также переносимой клещами.

**1.6 Течение болезни**

Несмотря на многообразие проявлений острого периода клещевого энцефалита, в каждом отдельном случае можно выделить ведущий синдром болезни. Исходя из этого, а также учитывая выраженность и стойкость неврологических симптомов, выделяют пять клинических форм клещевого энцефалита:

.лихорадочную (стертую)

.менингиальную

.менингоэнцефалитическую

.полиомиелитическую

.полирадикулоневритическую

**1.7 Клинические формы клещевого энцефалита**

Лихорадочная форма клещевого энцефалита характеризуется благоприятным течением с быстрым выздоровлением. Продолжительность лихорадки - 3-5 дней. Основными клиническими признаками ее являются токсико-инфекционные проявления при слабо выраженной неврологической симптоматике:

•головная боль

•слабость

•тошнота

Показатели ликвора без отклонений от нормы.

Менингеальная форма является наиболее частой формой клещевого энцефалита.

Больные жалуются на:

•сильную головную боль, усиливающуюся при малейшем движении головы

•головокружение

•тошноту

•однократную или, многократную рвоту

•боли в глазах

•светобоязнь

Они вялы и заторможены. Определяется ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского. Менингеальные симптомы держатся на протяжении всего лихорадочного периода. Иногда они определяются и при нормальной температуре. Продолжительность лихорадки в среднем 7-14 дней.

В ликворе - умеренный лимфоцитарный плеоцитоз до 100-200 в 1 мм3, увеличение белка.

Менингоэнцефалитическая форма клещевого энцефалита наблюдается реже, чем менингеальная.

Эта форма клещевого энцефалита отличается более тяжелым течением.

Нередко наблюдаются:

•бред

•галлюцинации

•психомоторное возбуждение с утратой ориентировки в месте и во времени

•могут развиваться эпилептические припадки

Различают диффузный и очаговый менингоэнцефалит.

•При диффузном менингоэнцефалите выражены общемозговые нарушения (глубокие расстройства сознания, эпиприпадки вплоть до эпилептического статуса) и рассеянные очаги органического поражения мозга в виде псевдобульбарных расстройств (нарушение дыхания в виде бради- или тахипное, по типу Чейн-Стокса, Куссмауля и др.), неравномерности глубоких рефлексов, асимметричных патологических рефлексов, центральных парезов мимической мускулатуры и мышц языка.

•При очаговом менингоэнцефалите быстро развиваются капсулярные гемипарезы, парезы после джексоновских судорог, центральные монопарезы, миоклонии, эпилептические припадки, реже - подкорковые и мозжечковые синдромы. В редких случаях (как следствие нарушения вегетативных центров) может развиваться синдром желудочного кровотечения с кровавой рвотой. Характерны очаговые поражения черепных нервов III, IV, V, VI пар, несколько чаще VII, IX, X, XI и XII пар. Позднее может развиться кожевниковская эпилепсия, когда на фоне постоянного гиперкинеза появляются общеэпилептические припадки с потерей сознания.

Полиомиелитическая форма клещевого энцефалита наблюдается почти у трети больных.

Характеризуется продромальным периодом (1-2 дня), в течение которого отмечаются общая слабость и повышенная утомляемость. Затем выявляются периодически возникающие подергивания мышц фибриллярного или фасцикулярного характера, отражающие раздражение клеток передних рогов продолговатого и спинного мозга.

Внезапно может развиться слабость в какой-либо конечности или появление чувства онемения в ней (в дальнейшем в этих конечностях нередко развиваются выраженные двигательные нарушения).

В последующем на фоне фебрильной лихорадки (1-4-й день первой лихорадочной волны или 1-3-и день второй лихорадочной волны) и общемозговых симптомов развиваются вялые парезы шейно-плечевой (шейно-грудной) локализации, которые могут нарастать в течение нескольких дней, а иногда до 2 недель.

Наблюдаются симптомы, описанные А. Пановым:

• «свисающая на грудь голова»

• «горделивая осанка»

• «согбенная сутуловатая поза»

•приемы «туловищного забрасывания рук и запрокидывания головы»

Полиомиелитические нарушения могут сочетаться с проводниковыми, обычно пирамидными: вялые парезы рук и спастические - ног, комбинации амиотрофий и гиперфлексии в пределах одной паретической конечности. В первые дни болезни у больных этой формой клещевого энцефалита часто резко выражен болевой синдром. Наиболее характерная локализация болей в области мышц шеи, особенно по задней поверхности, в области надплечий и рук. Нарастание двигательных нарушений при клещевом энцефалите продолжается до 7-12 дней. В конце 2-3-й недели болезни развивается атрофия пораженных мышц.

Полирадикулоневритическая форма клещевого энцефалита характеризуется поражением периферических нервов и корешков.

У больных появляются боли по ходу нервных стволов, парестезии (чувство «ползания мурашек», покалывание). Определяются симптомы Лассега и Вассермана. Появляются расстройства чувствительности в дистальных отделах конечностей по полиневральному типу. Как и другие нейроинфекции, клещевой энцефалит может протекать по типу восходящего спинального паралича Ландри. Вялые параличи в этих случаях начинаются с ног и распространяются на мускулатуру туловища и рук. Восхождение может начинаться и с мышц плечевого пояса, захватывать шейные мышцы и каудальную группу ядер продолговатого мозга.

Принципиально особый вариант представляет клещевой энцефалит с двухволновым течением.

Болезнь характеризуется:

•острым началом

•ознобом

•появлением головной боли

•тошноты и рвоты

•головокружения

•болей в конечностях

•нарушением сна

•анорексией

•наличием двухволновой лихорадки

Первая лихорадочная волна продолжается 3-7 дней, характеризуется легким течением. Отмечаются умеренно выраженные менингеальные симптомы без поражения черепно-мозговых нервов. В периферической крови - лейкопения и ускоренная СОЭ. В период первой лихорадочной волны определяются нормальный цитоз, повышенное ликворное давление.

За первой лихорадочной волной следует период апирексии, длящийся 7-14 дней.

Вторая лихорадочная волна начинается так же остро, как и первая, температура поднимается до высоких цифр. Больные вялы, заторможены, появляются тошнота, рвота, выявляются менингеальные и очаговые симптомы поражения нервной системы. В периферической крови - лейкоцитоз. Это качественно новая фаза болезни, она всегда протекает тяжелее, чем первая, и длится дольше. Во время второй волны в спинномозговой жидкости цитоз составляет 100-200 и более клеток в 1 мкл, преобладают лимфоциты. Повышается содержание белка и сахара. Течение болезни острое, выздоровление полное. Наблюдаются отдельные случаи хронического прогрессирующего течения.

**2. Диагностика и лечение клещевого энцефалита**

**.1 Диагностика клещевого энцефалита**

Специфическая и неспецифическая лабораторная диагностика клещевого энцефалита.

В периферической крови обнаруживают умеренный лимфоцитарный лейкоцитоз, иногда сдвиг влево с увеличением количества палочкоядерных лейкоцитов, повышение СОЭ.

При двухволновом течении заболевания на первой волне у большинства больных наблюдается лейкопения с относительным лимфоцитозом, во время второй волны - лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом и повышение СОЭ. При менингеальных и очаговых формах заболевания в спинномозговой жидкости обнаруживают лимфоцитарный плеоцитоз, от нескольких десятков до нескольких сотен клеток в 1 мкл.

Лабораторная диагностика клещевого энцефалита основана на выявлении антител в крови заболевших. Используют РСК (реакция связывания комплемента), РТГА (реакция торможения гемагглютинации). РН и другие методы.

Стандарт диагностики клещевого энцефалита.

Стандарт диагностики - ИФА, который позволяет отдельно определять общий пул антител к вирусу, иммуноглобулины класса G и М. Определение иммуноглобулинов класса М важно для диагностики не только острых случаев заболевания, но и обострений хронического течения. Иммуноглобулины класса G - следствие перенесённого заболевания или эффективной вакцинации. Серологические исследования проводят в парных сыворотках, взятых в начале и конце заболевания. При отсутствии антител возможно исследование 3-й пробы крови, взятой через 1,5-2 мес после начала болезни.

В последние годы в клиническую практику внедряют метод ПЦР, который позволяет обнаружить специфические фрагменты генома вируса в крови и спинномозговой жидкости на ранних сроках болезни. Метод позволяет поставить диагноз в течение 6-8 ч.

Дифференциальная диагностика клещевого энцефалита.

Дифференциальная диагностика клещевого энцефалита проводится с тремя основными группами заболеваний:

· другими трансмиссивными инфекциями, переносимыми иксодовыми клещами;

· инфекционные болезни с острым началом и выраженными общеинфекционными проявлениями;

· другими нейроинфекциями.

В регионах, эндемичных по клещевому энцефалиту, как правило, встречаются другие трансмиссивные инфекции: системный клещевой боррелиоз и клещевой риккетсиоз. Общее для этих инфекций - укус клеща в анамнезе, примерно одинаковые инкубационные периоды и наличие симптомов интоксикации в остром периоде.

Одновременная заражённость (от 0,5 до 5-10%) возбудителями клещевого энцефалита и боррелиями клещей *I.* определяет существование сопряжённых природных очагов этих инфекций и возможность развития у одного больного признаков обоих заболеваний, т.е. микст-инфекции. Для постановки диагноза микст-инфекции обязательно наличие клинических признаков двух инфекций. Диагноз клещевого энцефалита основан на характерной клинической картине заболевания и обнаружении в сыворотке крови IgM или нарастания титров IgG к вирусу клещевого энцефалита. Диагноз клещевого боррелиоза основан на клинической картине (мигрирующая эритема, синдром Баннварта, неврит лицевого нерва, полирадикулонейропатия, миокардит, полиартрит) и определении в сыворотке крови диагностических титров IgM или нарастания титров IgG при ИФА.

Дифференциальная диагностика клещевого энцефалита с гриппом должна учитывать сезонность заболевания, посещение леса, наличие контакта с клещами или факта переохлаждения, а также результаты лабораторных исследований.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом от клещевого энцефалита отличают мучительные боли в поясничной области, выраженные изменения в клиническом анализе крови (с 3-5-го дня болезни нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появление плазмоцитов, повышение СОЭ до 40-60 мм/ч) и развитие почечной недостаточности, характеризующейся олигоурией. низкой относительной плотностью мочи, протеинурией.

При проведении дифференциальной диагностики менингеальных форм клещевого энцефалита с менингитами, вызванными другими вирусами (вирусами Коксаки, ECHO, эпидемического паротита, гриппа, герпесвирусами), прежде всего необходимо обращать внимание на сезонность заболевания и указание в анамнезе на посещение леса, укусы и нападение клещей. Наряду с клинической симптоматикой заболевания, большое значение имеют методы вирусологического и серологического исследований сыворотки крови.

Для туберкулёзного менингита характерен продромальный период, постепенное развитие менингеальных симптомов с вовлечением в процесс черепных нервов. По мере нарастания менингеальных симптомов увеличивается вялость и адинамия, больные постепенно впадают в сопорозное состояние. Возбуждение встречается редко. Головная боль резко выражена. Спинномозговая жидкость вытекает под высоким давлением; плеоцитоз лимфоцитарный; содержание белка повышено, глюкозы - снижено. Характерно образование в спинномозговой жидкости нежной плёнки, иногда с наличием микобактерий туберкулёза, что окончательно уточняет диагноз. При рентгенологическом исследовании часто наблюдают различные изменения в лёгких туберкулёзного характера. В анамнезе часто встречается туберкулёз у самого больного или в его окружении.

**2.2 Лечение клещевого энцефалита**

Лечение проводится в условиях стационара. Все пациенты должны быть госпитализированы в инфекционном отделении больницы. Постельный режим, покой и правильное питание в данном случае обязательны. Что же касается медикаментозного лечения, то пациенту сразу же вводят специфический иммуноглобулин. Кроме того, проводится противовирусная терапия. В частности, больным вводят препараты, которые содержат интерферон (например, средство «Интрон А», «Роферон»). Кроме того, необходим прием индукторов интерферона. В частности, довольно эффективными считаются препараты «Неовир», «Циклоферон» и «Амиксин». Лечение включает в себя и прием других лекарств. В частности, пациенты проходят дезинтоксикационную терапию. Больным также назначают прием противовоспалительных и жаропонижающих средств. В схему терапии могут включить и препараты, которые улучшают трофику нервных тканей и нормализируют микроциркуляцию крови. Как правило, курс лечение длится от 3 до 5 недель. Но даже после выписки пациент остается на учете у врача-инфекциониста, а также у невропатолога. В зависимости от формы и тяжести заболевания, пациент обязан проходить повторные обследования каждые 3-6 месяцев на протяжении последующих 1-3 лет.

**3. Уход за больными при инфекционных заболеваниях**

**.1 Общий уход**

Осуществление ухода за пациентом с каким-либо инфекционным заболеванием имеет ряд особенностей, главным образом связанных с его интоксикацией, необходимостью соблюдения постельного режима и т.д. Уход такого рода включает большой комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, а также лечебных и диагностических процедур, целями которых являются скорейшее выздоровление пациента и профилактика распространения инфекции.

В первую очередь следует помнить о том, что подавляющее большинство таких больных выделяют возбудителей заболевания во внешнюю среду, являясь источниками инфекции. Чрезвычайно важно знать характерные особенности конкретного заболевания, хорошо представлять себе, где именно в организме пациента локализуются возбудители и какими путями они могут попадать во внешнюю среду, а также каким образом может произойти инфицирование окружающих. Исходя из этого определяются необходимые мероприятия по предотвращению распространения инфекции.

Большая часть инфекционных заболеваний сопровождается лихорадкой, симптомами общей интоксикации организма и поражением центральной нервной системы вследствие воздействия на нее токсинов - это приводит к развитию различных нервно-психических расстройств.

Инфекционные болезни отличаются острым течением и значительной динамикой, что обусловливает резкие изменения состояния пациента. В связи с этим он должен находиться под постоянным контролем квалифицированного медицинского персонала.

При инфекционных заболеваниях клиническое выздоровление нередко наступает значительно раньше, чем организм пациента успевает полностью восстановиться. Наличие в организме инфекции неизбежно приводит к развитию органических и функциональных расстройств, для ликвидации которых требуется значительное время. В период выздоровления пациенты ослаблены, у них имеются нарушения со стороны психики, могут присутствовать расстройства деятельности сердечнососудистой системы или других органов. Наряду с этим их общее самочувствие зачастую может быть достаточно неплохим. Врачи и медицинские сестры должны хорошо представлять указанные особенности инфекционных больных, чтобы осуществлять надлежащий уход за ними в условиях стационара и дома.

Для эффективной терапии заболевания медицинский персонал профильного отделения стационара обязан вести постоянное наблюдение за состоянием пациента и фиксировать в специальном журнале данные основных показателей, к которым относятся частота и характер пульса и дыхания, мочеиспускания, стула, суточный диурез и т.д. Все записи производятся лечащим или дежурным врачом.

Контролируя деятельность дыхательной системы больного, следует фиксировать частоту дыхательных движений (в 1 мин), общий тип дыхания, наличие патологических изменений (стенотического дыхания, дыхания Чейна - Стокса и т.п.), наличие и характер кашля и выделения мокроты (общего количества, цвета, консистенции). В ряде случаев у больных наблюдаются патологии дыхания, что особенно характерно для тяжелых интоксикаций, коматозного состояния и некоторых нейроинфекций. Изменения характера дыхания также отмечаются, если основное заболевание осложнено пневмонией. Стенотическое дыхание в большинстве случаев выявляется при дифтерийном крупе. При развитии отека легких дыхание обычно шумное и клокочущее.

Сбор мокроты пациентов для оценки общего ее количества производится в специальную посуду из стекла с плотной крышкой. Такие емкости подвергаются дезинфекции с помощью 3%-ного раствора лизола. Забор данного биологического материала для лабораторного исследования проводится в стеклянные емкости с крышкой, которые промываются кипятком.

Тяжелое состояние инфекционного больного предполагает соблюдение постельного режима в течение длительного времени. На фоне общего ослабления организма это может способствовать развитию так называемой гипостатической, или застойной, пневмонии. Для предупреждения развития данного осложнения необходимо регулярно поворачивать больного в постели.

При целом ряде инфекционных заболеваний могут наблюдаться патологические изменения со стороны деятельности сердечнососудистой системы. Для того чтобы своевременно их выявить, медицинская сестра и лечащий врач должны следить за пульсом пациента, отмечая его частоту, наполнение, напряжение, ритм, по возможности чаще измерять артериальное давление, проводить определение перкуторных границ сердца, осуществлять аускультацию (выслушивание), фиксируя тоны, их расщепление и характер определяемых шумов.

Необходимо поддерживать хорошее гигиеническое состояние ротовой полости пациента. После каждого приема пищи больной должен полоскать полость рта теплой кипяченой водой и проводить чистку зубов. Больным, находящимся в тяжелом состоянии, медсестра должна обрабатывать ротовую полость ватным тампоном, обильно смоченным 2%-ным раствором борной кислоты, не менее двух раз в день. Во время проведения данной гигиенической процедуры избегайте резких движений во избежание травмирования слизистой оболочки полости рта. Аналогичная методика применяется для очищения языка тяжелобольного. В случае, если отмечается сухость языка, обработайте его смесью глицерина с водой в соотношении 1: 1. Возможные трещины языка дезинфицируются 2%-ным раствором азотно-кислого серебра. Поддержание нормального гигиенического состояния полости рта является важной профилактической мерой для предотвращения гнойных паротитов, нередко возникающих, в частности, при брюшном и сыпном тифах.

Ряду инфекционных заболеваний свойственно проявление таких симптомов, как запоры и метеоризм. Для ликвидации запоров применяются очистительные клизмы. Температура воды при этом должна составлять 33 - 34°С, а общий объем клизмы - 600 - 800 мл. Для постановки клизмы используют резиновую грушу с наконечником или кружку Эсмарха. При стойком запоре, как правило, делается гипертоническая клизма, для которой нужно взять 250 мл 10%-ного раствора натрия хлорида. При выраженном вздутии кишечника можно использовать специальную газоотводную трубку. Инфекционным больным, тяжесть состояния которых не позволяет им самостоятельно посещать туалет, выделяют индивидуальные судна.

При возникновении рвоты голову пациента следует повернуть набок и немного наклонить во избежание попадания рвотных масс в дыхательные пути и развития аспирационной пневмонии. В ряде случаев рвоту можно успокоить, дав больному небольшие кусочки льда или мятную настойку (8 - 10 капель на 100 мл воды) внутрь.

Всем пациентам с инфекционными заболеваниями в обязательном порядке еженедельно проводится лабораторное исследование мочи. Во многих случаях существует необходимость определения водного баланса - соотношения суточного диуреза и объема потребляемой за сутки жидкости.

При некоторых инфекционных заболеваниях могут возникать такие осложнения, как циститы и пиелиты. В таких ситуациях показано назначение антибиотикотерапии, диеты с преобладанием молочных и растительных продуктов и обильным питьем.

Все лечебные и диагностические манипуляции (внутривенные вливания препаратов, спинномозговые и плевральные пункции, гемотрансфузии, пункции живота при асците, катетеризация мочевого пузыря, кожные пробы) должны выполняться исключительно врачом. Некоторые манипуляции проводятся непосредственно у постели больного. Проведение подкожных и внутримышечных вливаний лекарственных препаратов, зондирование, постановка клизм и согревающих компрессов - задачи медицинских сестер.

При проведении всех без исключения диагностических и лечебных процедур следует строго соблюдать правила асептики и антисептики, поскольку снижение иммунитета у больных с инфекционными заболеваниями создает предпосылки для возникновения вторичной инфекции.

Особого внимания заслуживает питание больных и выздоравливающих. Пациенты должны принимать пищу не менее четырех раз в день (завтрак, обед, полдник, ужин) в часы, четко определенные внутренним распорядком стационарного отделения. Ослабленный организм пациента с инфекционным заболеванием особенно нуждается в получении витаминов, и это следует учитывать при назначении определенной диеты. Для обогащения рациона больного витаминами следует включать в него натуральные соки, а в том случае, если не отмечается значительных поражений органов пищеварительного тракта, допустимо давать больному свежие фрукты и овощи.

При выборе блюд следует учитывать специфику и особенности конкретного заболевания. Если имеется возможность, то следует учитывать и индивидуальные вкусы больных, поскольку привычная и любимая пища положительно влияет на их эмоциональный настрой.

Как правило, для скорейшего выведения из организма токсинов, продуцируемых болезнетворными микроорганизмами, и побочных продуктов обмена веществ инфекционные больные должны потреблять больше жидкости. При этом целесообразно использовать не только воду, но и ягодные морсы, соки или чай с лимоном, так как эти напитки дополнительно насыщают организм витаминами и микроэлементами. Если имеет место серьезное обезвоживание организма, то его ликвидация достигается путем внутривенных (предпочтительнее капельных) или подкожных вливаний 0,9%-ного раствора натрия хлорида и 5%-ного раствора глюкозы. При нарушениях функции глотания прибегают к кормлению посредством зонда или же питательных клизм.

Посуда и остатки пищи инфекционного больного обязательно должны дезинфицироваться. Самым простым дезинфицирующим средством для этих целей является хлорамин Б. Для дезинфекции посуды с остатками пищи используют его 0,5%-ный раствор.

Выраженная интоксикация, значительное обезвоживание, нарушение функции глотания - все эти факторы позволяют лечащему врачу принять решение об искусственном питании при помощи питательных клизм. Перед тем как приступить к данной процедуре, больному ставят очистительную клизму, после чего посредством специального резинового катетера, введенного в прямую кишку, подают из воронки питательную смесь, обычно состоящую из молока, сахара, яичного желтка с добавлением аскорбиновой кислоты. Единовременно вводятся 100 - 150 мл питательной смеси по 3 - 4 раза в сутки. Температура питательной смеси должна составлять 36 - 37°С.

В ряде случаев питательная смесь вводится в организм больного посредством дуоденального зонда. Данный способ показан при наличии нарушений функции глотания. Детей с дифтерийными параличами, сопровождающимися расстройством глотательной функции, кормят питательными смесями посредством тонкого зонда, введенного через носовые ходы. В состав смеси входят по 50 г. сахара и сливочного масла, 1 яйцо, 200 мг аскорбиновой кислоты и 150 г. молока. В связи с повышенной опасностью возникновения у маленьких детей асфиксии обязательным условием при проведении искусственного кормления является присутствие двух медицинских сестер, для того чтобы в случае необходимости оказать ребенку неотложную помощь.

**3.2 Уход за больными при клещевом энцефалите**

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.

**Проблемы пациента:**

1. Гипертермия более 38 градусов;

. Обильное потоотделение;

. Жажда;

. Миалгия;

. Артралгия;

. Раздражительность;

. У женщин нарушение менструации;

. Преждевременные роды;

. Выкидыши;

. Боли в позвоночнике;

. Головная боль;

. Головокружение;

. Тошнота и рвота.

Сестринский уход при параличе конечностей

В зависимости от нарушения двигательной иннервации заболеванием центральной или периферической нервной системы, различают центральные и периферические параличи, первые из них ещё подразделяют на головно- и спинномозговые.

Для некоторых типических форм паралича установились специальные названия, а именно:

1. Гемиплегия - паралич половины тела, обычно наблюдаемый при заболеваниях головного мозга;

2. Тетраплегия - паралич большей части тела, включая верхние и нижние конечности;

. Моноплегия - паралич, ограниченный одной из конечностей;

. Параплегия - совместный паралич обеих верхних или обеих нижних конечностей, преимущественно обусловленный поражением спинного мозга;

. Офтальмоплегия - паралич мышц глаза;

. Птоз - паралич верхнего века, выражающийся в опущении его.

Методы лечения

На сегодняшний день известно довольно много различных методов лечения такого сложного заболевания, как паралич. Основными методами по-прежнему остается зарядка, массаж. Для того чтобы убрать спазмы, врачи рекомендуют использовать различные опиаты.

Даже если учитывать, что методы лечения достаточно консервативные, все они направлены на то, чтобы развить мышцы конечностей и не позволить им атрофироваться. В зависимости от того насколько качественно будет проведен массаж и зарядка, будет полностью зависеть активность больного параличом.

В первую очередь больного учат сидеть на кровати. Если учитывать степень сложности данной болезни, то сделать это не так просто, как может показаться на первый взгляд. Чтобы человек смог самостоятельно сесть на кровати, необходимо потратить очень много времени и усилий.

Некоторые специалисты используют для лечения заболевания грязи и серные ванны, которые в некоторых случаях имеют отличное влияние на человека и помогают ему улучшить самочувствие. В данной ситуации очень важно помнить, что такие методы лечения нельзя использовать, если у пациента наблюдается рассеянный или системный склероз, туберкулезный спондилит.

Стоит отметить, что лечение данного заболевания будет полностью зависеть от его характера, а также от причин, которые изначально вызвали развитие паралича конечностей.

Главная проблема неподвижности - пациент не может общаться с окружающей средой, которая оказывает значительное влияние на формирование личности. От степени и продолжительности неподвижности у пациента могут появиться проблемы в психосоциальной сфере; падает способность к обучению, снижается мотивация, скудеют чувства и эмоции.

Поэтому сестринская помощь должна быть направлена на:

§ максимально возможное восстановление подвижности;

§ самостоятельность при движении с использованием костылей, палок, протезов.

Это имеет огромное значение для улучшения качества жизни пациента.

Сестринский уход при гиперкинезах

Гиперкинезы или дискинезии - патологические внезапно возникающие непроизвольные движения в различных группах мышц.

Классификация гиперкинезов

· Тремор (дрожание);

· Физиологический тремор;

· Эссенциальный тремор;

· Паркинсонический тремор;

· Мозжечковый тремор;

· Рубральный (мезэнцефальный) тремор, или тремор Холмса;

· Дистонический тремор;

· Невропатический тремор;

· Психогенный тремор;

· Дистония (мышечная дистония);

· Краниальная дистония;

· Цервикальная дистония (спастическая кривошея);

· Вторичная дистония;

· Лекарственная дистония;

· Хорея;

· Атетоз;

· Баллизм;

· Тики;

· Миоклония;

· Физиологическая миоклония;

· Эссенциальная миоклония;

· Эпилептическая миоклония;

· Симптоматическая миоклония;

· Мультифокальная миоклония;

· Прогрессирующая миоклоническая атаксия;

· Акатизия;

· Поздняя дискинезия;

· Пароксизмальные дискинезии;

· Пароксизмальная кинезиогенная дискинезия;

· Пароксизмальная некинезиогенная дискинезия;

· Лицевой гемиспазм;

· Нейромиотония;

· Синдром «болезненные ноги (руки) - движущиеся пальцы»

· Синдром «ригидного человека»

Помощь при гиперкинезах.

Больного следует уложить в постель. Если больной возбуждён, то его нужно успокоить, можно дать препараты корня валерианы и травы пустырника и вызвать врача. Если возбуждение наступило перед сном и ожидается нарушение сна, можно совершить с больным прогулку, до заметной усталости.

Массаж и лечение положением используются ограниченно. Эффективен точечный массаж, иглотерапия.

Лечебная гимнастика направлена на уменьшение амплитуды и частоты движений: обучение дозированным напряжениям и расслаблениям, упражнения с утяжелением, гимнастическими снарядами - палками, мячами. Особое внимание отводится письму, которое чаще всего нарушено. Тут применимы и срисовывания русского и иностранного шрифтов, раскрашивание картинок, послание с разной скоростью и разными шрифтами - письменными, печатными.

При малоподвижности лечебная гимнастика направлена на повышение амплитуды движенья во всех суставах и обучение различным видам ходьбы (по линиям, узкой дорожке). Весьма важны упражнения с игровыми и спортивными элементами - игра в мяч, имитация лыжного хода и гребли, боксерских ударов, занятия на игровых тренажерах.

Сестринский уход при бульбарном синдроме

Бульбарный синдром - клинический синдром поражения продолговатого мозга, характеризующийся расстройством глотания, речи, фонации и атрофией мышц языка. При бульбарном синдроме поражаются двигательные ядра языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов или их корешки.

Больные могут поперхнуться во время еды, жидкая пища попадает через носоглотку в нос, нередко частицы пищи или слюны проникают в гортань и трахею, могут наблюдаться нарушения функции дыхания и сердечной деятельности.

Лечение направлено на основное заболевание и проводится в условиях стационара. Страдающим бульбарным параличом необходимы покой, организация правильного кормления жидкой пищей небольшими порциями. Во время еды больной должен находиться в положении полусидя. Больные с бульбарным параличом нуждаются в тщательном уходе за полостью рта. Для улучшения функции пораженных ядер и нервов назначают прозерин, при слюнотечении - атропин. При развитии расстройства дыхания осуществляют искусственную вентиляцию лёгких.

**3.3 Профилактика клещевого энцефалита**

Существует определённая схема прививки от клещевого энцефалита для детей. Врачи сезонно предлагают родителям подписать добровольное соглашение на проведение вакцинации. В случае положительного решения прививки ставятся по следующей схеме:

· курс инъекций от данной инфекции состоит из 2-ух прививок (рекомендуемое время для вакцинации - март-апрель, так как иммунитет начинает вырабатываться через две недели после второй прививки);

· между ними интервал составляет от 1-ого до 3-ёх месяцев, исключением является экстренная вакцинация, когда интервал сокращают до двух недель;

· после этого ревакцинация проводится только через 3 года;

· при этом если ребёнку уже больше 12-ти лет, после первого курса инъекций ревакцинация проводится каждые 5 лет;

· тем, кому до 12-ти лет первая ревакцинация назначается через 1 год после привычного курса, затем - по выше означенной, стандартной схеме.

Прививка против клещевого энцефалита ставится в плечо, подкожно. Прививки против клещевого энцефалита делаются импортными и отечественными вакцинами:

Энцепур детский для детей 1-12 лет;

ФСМЕ-ИММУН Джуниор для детей 1-16 лет;

ЭнцеВир для всех, старше 3-х лет;

Необходимая всем детям прививка от клещевого энцефалита имеет неоспоримый ряд преимуществ, о которых многие не задумываются или просто не знают. К ним относятся:

· даже если энцефалитный клещ и укусит привитого ребёнка, он либо вовсе не заразится, либо инфицирование пройдёт в лёгкой форме без осложнений и последствий для его дальнейшего здоровья;

· несмотря на множество реакций на прививку от энцефалита, все они отмечаются достаточно редко и далеко не у всех детей, так что данная вакцинация переносится большинством деток легко и безболезненно;

· согласившись на прививку, можно не переживать за ребёнка летом, не лишать его прогулок на свежем воздухе и походов в лес;

· если задаваться вопросом, сколько действует прививка против клещевого энцефалита, опять-таки можно по достоинству оценить её преимущества: в течение 3-х лет можно не бояться за здоровье малыша.

Противопоказания

Существуют противопоказания, при которых прививка от энцефалита детям не делается, так как может нанести вред больному организму. Поэтому перед началом вакцинации каждый ребёнок должен пройти обследование на выявление этих состояний. Если это хроническое заболевание, прививка не делается вообще. Если острое - просто откладывается. К таким противопоказаниям относятся:

· индивидуальная непереносимость вводимого препарата;

· любые прогрессирующие заболевания - как хронические, так и острые;

· аллергия на белок яйца или мясо курицы;

· после последней иммунизации должно пройти не менее двух месяцев;

· высокая температура тела;

· эндокринные заболевания;

· серьёзные патологии печени или почек;

· врождённый или приобретённый иммунодефицит.

Если были соблюдены все противопоказания и правила проведения вакцинации, никаких осложнений в состоянии привитого ребёнка не наблюдается. Вообще побочные эффекты прививки от клещевого энцефалита крайне редки, вопреки всем мифам и страшным рассказам. Обычно реакция не выходит за пределы нормы и вполне предсказуема.

Реакция на вакцинацию

В первые 3-4 дня после вакцинации. Это могут быть следующие проявления и симптомы:

· в месте укола могут наблюдаться небольшая припухлость, уплотнение, покраснение и болезненные ощущения, которые проходят самостоятельно в течение 2-3 дней после инъекции: главное - ничем прокол в этот период не смазывать и не заклеивать пластырем, а вот мочить его можно безбоязненно;

· несильные аллергические реакции в виде сыпи на коже, чихания и лёгкого насморка: в таком случае можно дать ребёнку антигистаминные препараты, а вот если через пару дней эти симптомы не исчезнут или состояние малыша ухудшится, необходимо немедленно сообщить об этом врачу, так как это может свидетельствовать об индивидуальной непереносимости препарата, особенно если вакцинация проводилась в первый раз;

· иногда прививка от энцефалита детям вызывает головную боль, недомогание и даже незначительное повышение температуры тела, но всё это проходит очень быстро - в течение пары суток;

· увеличение лимфоузлов;

· боль в мышцах;

· учащение пульса;

· нарушение аппетита и сна;

· тошнота, диарея, рвота.

Бояться всех этих проявлений не стоит, так как они не представляют никакой опасности для здоровья ребёнка и проходят в течение 3-4 дней после вакцинации. Это ещё раз доказывает тот факт, что прививка против клещевого энцефалита совершенно безопасна и даже необходима. Осложнения бывают в редких случаях, когда по каким-то причинам не было выявлено одно из противопоказаний для вакцинации.

Осложнения

Про страшные осложнения после прививки от энцефалита рассказывают много, при этом совершенно не представляя, насколько они редки. И тем не менее родители должны знать, что бывает в случае несоблюдения противопоказаний к данной вакцинации. Это могут быть такие заболевания, как:

· сбои в работе сердечнососудистой системы;

· патологии суставов;

· отёк Квинке вследствие непереносимости вводимого препарата.

По статистике, вакцина против клещевого энцефалита помогает уберечь от заболевания 95% привитых. То есть только 5 человек из 100 привитых могут все-таки заразиться, однако в этом случае болезнь пройдет без тяжелых последствий и в легкой форме.

**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.

Таким образом, на основании изученной и проанализированной литературы по данному вопросу, мы сможем сделать вывод, что клещевой энцефалит вполне поддается лечению при своевременном обращении, грамотном подборе медикаментозных средств лечения, при использовании опыта и знаний медицинских сестер в выборе эффективных методов сестринского ухода за пациентами.

**Список используемых источников**

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

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

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

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

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

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

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

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

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