**Міністерство охорони здоров’я України**

**Міністерство освіти і науки України**

**Кременчуцький медичний коледж фаховий ім. В. І. Литвиненка**

**Електронний посібник**

**Для дистанційного навчання з дисципліни «медсестринство в інфектології» для відділення Сестринська справа**

**Викладач**

 **медсестринства в інфектології**

 **Чумак О. С.**

**Розглянуто на засіданні методкомісіі**

 **хірургічного циклу**

 **Протокол № 7**

**Від «25» серпня 2020р.**

**Голова циклової комісії**

 **Л.В.Ластівка-Оленюк**

**Кременчук**

**Медсестринський процес**

**Тема: «Харчові токсикоінфекції»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* нудота, блювання
* біль у животі, діарея
* загальна слабкість, відсутність апетиту
* головний біль, гарячка, озноб.

**Анамнестичні дані:**

* нудота
* характер болю в животі, поширеність
* характер випорожнень, частота стільця
* інтоксикація. Симптоми зневоднення.

**Обєктивні дані:**

* гіперемія
* тахікардія, гіпотонія
* блідість, сухість шкіри
* здуття живота
* осиплість голосу, язик з біло-сірим нальотом
* водянисті з домішками неперетравленої їжі блювотні маси
* випорожнення водянисті, без слизу, крові, гною

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

|  |  |
| --- | --- |
| * гарячка
* нудота
* блювання
 | * біль у животі
* діарея
* зневоднення
 |

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем та потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень
* навчання пацієнта елементам санітарно-гігієнічних навичок

**ІV. Етап. Реалізація плану сестринських втручань**

* промивання шлунка
* постановка очисної клізми
* взяття блювотних мас і випорожнень для бактеріологічного дослідження
* контроль за частотою стільця
* догляд за шкірою та слизовими оболонками
* контроль за здійсненням поточної дезінфекції
* виконання лікарських призначень
* роз’яснення пацієнтові та особам з його оточення правил санітарно-гігієнічного режиму, особистої та харчової гігієни

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

- припинення нудоти та блювання

- нормалізація випорожнень

- покращання апетиту, нормалізація загального стану

- відсутність болі в животі

- корекція (при необхідності повторити промивання шлунка, кишечника).

**Медсестринський процес**

**Тема: «Шигельоз»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* гіперемія, озноб
* переймистий біль внизу живота
* часті випорожнення з домішками слизу і крові
* біль у вихіднику
* тенезми
* нудота, відсутність апетиту
* загальна слабкість, головний біль, запаморочення.

**Анамнестичні дані:**

* інкубаційний період до 7 діб
* продромальні явища
* спастичний біль, часті випорожнення
* біль у вихіднику
* посилення болів у животі (по ходу сигмовидної, ободової та прямої кишки)
* несправжні позиви.

**Обєктивні дані:**

* гіперемія, блідість шкіри
* обкладений білим нальотом сухий язик
* болючість живота в лівій половині
* кров’янисто-слизовий характер фекалій
* тенезми.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* переймоподібний біль у животі
* пронос з домішками слизу і крові
* гарячка, головний біль, запаморочення
* біль у вихіднику під час дефекації і після неї
* тенезми.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень та інструментального дослідження
* вирішення проблем та потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень
* навчання пацієнта та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**ІV. Етап. Реалізація плану сестринських втручань**

* взяття випорожнень для бак дослідження
* взяття крові для серологічних досліджень
* підготовка пацієнта інструментарію для ректороманоскопії
* постійний контроль за станом пацієнта (апетит, температура тіла, самопочуття, випорожнення, болі в животі)
* контроль за здійсненням поточної дезінфекції
* контроль за дотриманням пацієнтом дієти, правил особистої гігієни
* догляд за шкірою промежини
* виконання лікарських призначень (роздача ліків пероральна і парентеральна дезінтоксикація)
* роз’яснення пацієнту та його оточенню правил проведення поточної дезінфекції в домашніх умовах, дотримання правил особистої гігієни, гігієни харчування.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* покращення загального стану пацієнта
* покращення апетиту
* нормалізація випорожнень
* відсутність патологічних домішок у випорожненнях
* корекція медсестринських втручань (при необхідності) з відповідними лікарськими призначеннями.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Сальмонельоз»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* блювання
* біль в животі різної локалізації
* діарея
* гіпертермія, озноб
* загальна слабкість
* головний біль.

**Анамнестичні дані:**

* інкубаційний період 2 год. – 3 дні
* гострий початок, гіперемія, інтоксикація
* нудота, блювання
* випорожнення рідкі, зелені, пінисті, смердючі
* розлиті болі по всьому животу
* порушення водно-електролітного обміну.

**Об’єктивні дані:**

* гіперемія, тахікардія, гіпотензія
* сухий, обкладений білим нальотом язик
* здуття живота, болючість в надчеревній, навколо пупковій правій здухвинній ділянках
* водянисті, забарвлені жовчю
* фекалії водянисті, пінисті, з домішками слизу, зеленого кольору, смердючі
* при зневодненні сухість шкіри, спрага, ціаноз, холодні кінцівки, судоми.

 **ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

|  |  |
| --- | --- |
| * нудота
* блювання
* біль у животі
* діарея
* гіпертермія
 |  |

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем та потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень
* навчання пацієнта та його оточуючих елементам санітарно-гігієнічних навичок

**ІV. Етап. Реалізація плану сестринських втручань**

* промивання шлунку, взяття промивних вод для бактеріологічних досліджень
* взяття випорожнень і сечі для бактеріологічного дослідження
* взяття крові з вени для посіву на гемо культуру та для серологічних досліджень
* взяття блювотних мас для баканалізу
* надання допомоги при блюванні
* систематичний контроль за частотою і характером випорожнень
* систематичний контроль за самопочуттям, вимірювання температури тіла, пульсу, АТ
* контроль та допомога в дотриманні чистоти шкіри та слизових оболонок, натільної і постільної білизни
* контроль та допомога в дотриманні дієти
* обтирання тіла при гарячці, переодягання в сухе, зігрівання при ознобі
* контроль за здійсненням поточної дезінфекції
* виконання лікарських призначень
* роз’яснення пацієнтові та особам з його оточення основних правил та здійснення необхідних заходів з проведення поточної дезінфекції і правил харчової гігієни та санітарно-гігієнічного режиму в домашніх умовах

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

- зникнення нудоти, припинення блювання

- нормалізація випорожнень

 - відсутність болів у животі

- покращання апетиту, нормалізація загального стану

- корекція (при дуже частих випорожненнях тяжкохворих вкладати на спеціальне ліжко з отвором під сідницями).

**Медсестринський процес**

**Тема: «Грип»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* озноб, гарячка
* головний біль
* загальна слабкість, пітливість
* біль у м’язах, кістках, в ділянці очей
* закладеність носа
* сухість і перхотіння в горлі
* сухий кашель
* біль за грудиною
* незначна нежить
* сльозотеча, світлобоязнь
* запаморочення, порушення сну.

**Анамнестичні дані:**

* інкубаційний період від кількох годин до 2-3 днів
* гострий початок: озноб, гіперемія, загальна інтоксикація
* загальна слабкість, адинамія, пітливість, біль у м’язах і суглобах
* головний біль (чоло, скроні, надбрів’я)
* біль в очних яблуках
* ураження дихальних шляхів (перхотіння в горлі, кашель, утруднене носове дихання), ознаки риніту, фарингіту, трахеобронхіту)
* ускладнення.

**Обєктивні дані:**

* гіперемія, гіпотензія, тахікардія
* інтоксикація, пітливість
* гіперемія і набряк обличчя
* ін’єкція судин склер, світлобоязнь, сльозотеча
* вологий, вкритий сірувато-білим нальотом язик
* ознаки риніту
* сухий кашель, сиплий голос, жорстке дихання.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* озноб, головний біль, пітливість
* гарячка, запаморочення
* порушення сну
* сльозотеча, світлобоязнь
* кашель
* закладеність носа, нежить
* болі в м’язах.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем та потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень
* навчання пацієнта та його оточуючих основам догляду, профілактичним заходам, здійснення правил санітарно-гігієнічного режиму.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втручань**

* взяття змивів з носоглотки для виділення вірусу
* взяття мазків зі слизової оболонки нижньої носової раковини для експрес-методів за допомогою флуоресцентних антитіл
* контроль за дотриманням пацієнтом ліжкового режиму. Оксигенотерапія
* догляд за шкірою
* контроль за прохідністю дихальних шляхів. Інгаляції. Полоскання рото глотки
* проведення профілактики пролежнів
* місцеве сухе тепло при міальгіях
* промивання очей, закапування носа
* контроль за вживанням великої кількості рідини
* систематичний контроль за самопочуттям, вимірювання температури тіла,АТ, пульсу, частоти дихальних рухів, частоти і характеру кашлю, виділень з носа
* контроль за здійсненням поточної дезінфекції
* здійснення профілактичних заходів щодо доглядаю чого медперсоналу (марлеві маски, оксолінова мазь, вітаміни, часте миття рук
* виконання лікарських призначень
* застосування противірусної терапії
* застосування засобів неспецифічної терапії
* навчання пацієнтів та осіб з його оточення здійсненню профілактичних заходів, догляду, здійсненню вологого прибирання, провітрювання.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

- зникнення гарячки, покращення загального стану

- зникнення ознак ураження верхніх дихальних шляхів

- корекція мед сестринських втручань при ускладненнях.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Гострі респіраторні захворювання»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* озноб, гарячка
* симптоми інтоксикації
* міалгії
* закладеність носа, сухість, перхотіння у горлі
* нежить, кашель
* порушення сну.

**Анамнестичні дані:**

* гострий початок, інтоксикація
* загальна слабкість, адинамія
* головний біль
* ураження дихальних шляхів
* гепатоспленомегалія
* збільшення лімфатичних вузлів
* ускладнення.

**Обєктивні дані:**

* гіперемія, тахікардія
* гіперемія і набряк слизових оболонок носа і ротоглотки
* збільшення шийних, підщелепних лімфовузлів
* ознаки риніту, фарингіту
* збільшення печінки, селезінки
* сухий кашель, жорстке дихання
* виникнення крупу.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* гарячка, порушення сну
* головний біль
* кашель
* закладеність носа, нежить
* збільшення лімфовузлів.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем та потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень
* навчання пацієнта та його оточуючих основам догляду, профілактичним заходам, здійснення правил санітарно-гігієнічного режиму.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втручань**

* взяття змивів з носоглотки для виділення вірусу
* взяття мазків зі слизової оболонки нижньої носової раковини для експрес-методів за допомогою флуоресцентних антитіл
* контроль за дотриманням пацієнтом ліжкового режиму. Оксигенотерапія
* догляд за шкірою
* контроль за прохідністю дихальних шляхів. Інгаляції. Полоскання рото глотки
* проведення профілактики пролежнів
* місцеве сухе тепло при міальгіях
* промивання очей, закапування носа
* контроль за вживанням великої кількості рідини
* систематичний контроль за самопочуттям, вимірювання температури тіла,АТ, пульсу, частоти дихальних рухів, частоти і характеру кашлю, виділень з носа
* контроль за здійсненням поточної дезінфекції
* здійснення профілактичних заходів щодо доглядаю чого медперсоналу (марлеві маски, оксолінова мазь, вітаміни, часте миття рук
* виконання лікарських призначень
* застосування противірусної терапії
* застосування засобів неспецифічної терапії
* навчання пацієнтів та осіб з його оточення здійсненню профілактичних заходів, догляду, здійсненню вологого прибирання, провітрювання.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

- зникнення гарячки, покращення загального стану

- зникнення ознак ураження верхніх дихальних шляхів

- корекція мед сестринських втручань при ускладненнях.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Висипний тиф»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* загальна слабкість, загальмованість або збудження
* гарячка
* біль у м’язах і суглобах
* головний біль, безсоння
* шум у вухах, зниження слуху
* запаморочення.
* **Анамнестичні дані:**
* контакт з вошами, перебування в педикульозному оточенні
* гострий початок, гіперемія
* постійний головний біль, збудження, дратівливість, гіперестезії
* гіперемія шкіри, енантема на очах, слизових м’якого піднебіння
* поява екзантеми на 4-5 день
* наростання ураження серцево-судинної системи
* ураження нервової системи: порушення свідомості, галюцинації, марення, психози.

**Об’єктивні дані:**

* гіперемія, тахікардія. гіпотензія
* гіперемія обличчя, шиї («п’яне обличчя»)
* очі червоні, блискучі, ін’єкція судин склер («кролячі очі»)
* крововиливи на перехідній складці кон’юктиви (с-м Кіарі-Авцина)
* дрібні петехії на м’якому піднебінні, язичку і дужках (с-м Розенберга)
* позитивні симптоми щипка, джута
* утруднення під час показування язика: повільно, поштовхами (с-м Говорова-Годелье)
* сухий, зменшений з нальотом язик
* зміни слухового, світлового й тактильного сприйняття
* дизартрія, тремор
* розеольозно-петехіальний висип.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* збудження, порушення свідомості
* гарячка
* головний біль
* запаморочення
* неспокій, безсоння
* висип (розеольозно-петехіальний)

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта та огляд на педикульоз, санітарна обробка пацієнта та його одягу
* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем та потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень
* навчання пацієнта та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втручань**

* негайна ізоляція
* ретельний огляд пацієнта та його одягу
* проведення санітарної обробки
* взяття крові для серологічної діагностики
* постійне спостереження за пацієнтом
* догляд при гарячці
* догляд за порожниною рота
* постійний контроль за станом шкіри
* чистота натільної і постільної білизни
* профілактика пролежнів
* виконання лікарських призначень
* дотримання протиепідемічного режиму під час контакту з хворим
* навчання пацієнтів та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* зниження температури тіла
* покращення самопочуття
* зникнення висипу
* зникнення збудження.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Черевний тиф»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* тривала постійна гарячка
* головний біль, порушення сну
* значна загальна слабкість
* швидка втомлюваність
* дискомфорт у животі, закрепи
* здуття живота
* біль у лівому та правому підребер’ї

**Анамнестичні дані:**

* поступовий початок, адинамія, підвищення температури тіла, безсоння
* схильність до закрепів, метеоризм симптом Падалки
* загальмованість, потьмарення свідомості, марення, галюцинації, агресивність
* розеольозний висип з 8-10 дня
* характерні зміни язика
* збільшення печінки, селезінки
* симптом Філіповича.

**Обєктивні дані:**

* гіперемія, відносна брадикардія, гіпотензія
* загальмованість пацієнта
* блідість обличчя
* потовщення язика з сірувато-бурим нальотом, кінчик язика і краї вільні від нальоту. Яскраво-червоні (черевнотифозний язик)
* здуття живота
* гепато-спленомегалія
* розеольозна висипка
* сухий кашель, ознаки бронхіту
* марення, галюцинації, тифозний стан
* виражені явища інтоксикації.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* головний біль
* гарячка
* порушення сну
* метеоризм
* закрепи
* порушення свідомості.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем та потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень
* навчання пацієнта та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втручань**

* взяття крові для бактеріологічного і серологічного дослідження
* взяття сечі і випорожнень для бактеріологічного дослідження
* дуоденальне зондування і засів порції В у реконвалесцентів
* постійний контроль за станом пацієнта, вимірювання температури тіла, АТ, пульсу
* контроль за дотриманням пацієнтом суворого постільного режиму
* догляд при гарячці
* профілактика пролежнів
* контроль за здійсненням поточної дезінфекції
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнтів та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* покращення стану, нормалізація температури тіла, пульсу, АТ, сну, апетиту, відсутність метеоризму
* виявлення та оцінка нових проблем пацієнта (можливих ускладнень – кишкової кровотечі, перфорації) з відповідною корекцією мед сестринських втручань.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Ботулізм»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* запаморочення
* різка м’язова слабкість («ватні» руки, ноги)
* розлади зору («туман», «сітка» перед очима, двоїння предметів)
* тяжкість при ковтанні («клубок в горлі», заклинання)
* задишка, відчуття тяжкості у грудях, утруднений вдих
* нестача повітря, ядуха
* сухість у роті.

**Анамнестичні дані:**

* гострий початок
* диспепсичні розлади: нудота, блювання, біль в епігастральній ділянці
* закрепи, метеоризм
* погіршення зору, порушення ковтання, дихання
* м’язова слабкість, порушення салівації.

**Обєктивні дані:**

* температура тіла в межах норми
* тахікардія, лабільність пульсу
* м’язова слабкість, адинамія
* розширення зіниць, зниження фото реакції, косоокість, птоз
* сиплість голосу, афонія
* прискорене, поверхневе дихання
* утруднене ковтання, захлинання рідиною
* виражена сухість слизових оболонок ротоглотки
* здуття живота, різке ослаблення перистальтики, закрепи.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* двоїння в очах
* утруднене ковтання
* сухість слизових ротоглотки
* м’язова слабкість
* здуття живота, закрепи
* розширення зіниць (мідріаз)
* опущення повік (птоз).

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта до проведення заходів першої медичної допомоги
* вирішення проблем та потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та його оточуючих елементам санітарно-гігієнічних навичок та заходів попередження зараження.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втручань**

* термінове зондове промивання шлунка, постановка сифонної клізми
* введення через зонд сорбентів
* введення за призначенням лікаря за Безредко полівалентної протиботулінічної сироватки
* підготовка пацієнта і участь у додаткових дослідженнях в динаміці: ЕКГ, функція зовнішнього дихання, кислотно-основний стан, консультації окуліста, невропатолога, оталаринголога
* створення пацієнтові умов максимального нервово-психічного спокою
* введення катетера в сечовий міхур
* зволоження і очищення ротової порожнини
* назогастральне зондове харчування
* постійний контроль за станом пацієнта
* при порушенні дихання – переведення на штучну вентиляцію легень
* антибактеріальна терапія
* вирішення супутніх потреб пацієнта.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* зникнення сухості у роті (відновлення салівації)
* зворотний розвиток клінічних проявів хвороби: покращення зору, відновлення ковтання
* зникнення м’язової слабкості, задишки, відновлення перистальтики кишок, зникнення метеоризму та ін.
* корекція м/с втручань при потребі.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Холера»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* дискомфорт у навколо пупковій ділянці
* діарея
* раптове блювання
* запаморочення
* спрага, сухість у роті
* похолодання кінцівок
* судоми окремих груп м’язів.

**Анамнестичні дані:**

* гострий початок хвороби – раптовий позив до дефекації без болів у животі
* випорожнення у вигляді «рисового відвару»
* блювання фонтаном без нудоти
* наростання загальної слабкості. сонливість, можливий колапс, виражена спрага
* дегідратація, порушення водно-електронного балансу із зменшенням діурезу, згущенням крові, гіпоксією
* олігурія
* судоми окремих груп м’язів.

**Об’єктивні дані:**

* температура тіла нормальна, субнормальна
* тахікардія, гіпотензія, ниткоподібний пульс
* діарея, випорожнення без кольору і запаху
* блювання
* живіт втягнутий, не болючий при пальпації
* сухий з білим нальотом язик
* блідість, ціаноз шкіри
* судоми різних груп м’язів
* задишка, неспокій, гикавка
* акроціаноз кінцівок
* зниження тургору шкіри – симптом «рука пралі», «холерне обличчя», загострені риси, запалі очі, ціаноз губів, вушних раковин, симптом «окулярів»
* олігурія, анурія
* при вираженому зневодненні падіння температури тіла, АТ, гіповолемія, гіпокаліємія, (холерний алгід).

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* діарея
* блювання
* зневоднення
* зниження температури тіла
* акроціаноз
* спрага
* судоми
* запаморочення.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем пацієнта
* виконання лікарських призначень
* дотримання заходів безпеки для запобігання поширення карантинних інфекцій
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб з його оточення правилам особистої, загальної та харчової гігієни.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втручань**

* взяття випорожнень, блювотних мас для бактеріологічних досліджень
* взяття крові з вени для серологічних досліджень
* дотримання суворого протиепідемічного режиму при заборі і доставці заразного матеріалу в лабораторію
* постійний контроль за станом пацієнта
* облік рідини, яку втрачає хворий
* надання допомоги при блюванні, очищення ротової порожнини
* надання допомоги при діареї, своєчасне обмивання пацієнта
* контроль за здійсненням поточної дезінфекції
* виконання лікарських призначень
* внутрішньовенне введення полііонних регідратаційних розчинів
* пероральна регідратація
* антибактеріальна терапія
* дотримання усіх правил протиепідемічного режиму та заходів безпеки роботи медичного персоналу в холерних відділеннях
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та його оточуючих дотримання санітарно-гігієнічного режиму, враховуючи особливості холери, як карантинної інфекції.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* покращення загального стану та самопочуття пацієнта (зникнення спраги, судомів, відновлення апетиту, сну тощо)
* нормалізація температури тіла, пульсу, АТ
* виявлення та оцінка нових проблем пацієнта (можливих ускладнень) з відповідною корекцією мед сестринських втручань.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Вірусні гепати»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* підвищення температури тіла
* загальна слабкість
* ломота у тілі, іноді суглобах
* підвищена втомлюваність
* кашель, перхотіння у горлі
* втрата апетиту, нудота
* болі і тяжкість в правому підребер’ї
* жовтяниця, свербіж шкіри.

**Анамнестичні дані:**

* поступовий початок
* симптоми інтоксикації
* потемніння сечі
* жовтяниця слизових оболонок, шкіри
* знебарвлення випорожнень
* геморагічний синдром.

**Обєктивні дані:**

* загальна млявість, адинамія
* підвищення температури тіла
* істеричність склер
* жовтяниця шкіри
* живіт при пальпації м’який, чутливий в надчеревній ділянці і в області правого і лівого підребір’я
* темна сеча, знебарвлені випорожнення.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* підвищення температури тіла
* зниження апетиту
* жовтяниця слизових очей та шкіри
* свербіж шкіри
* болі в суглобах, животі
* кровоточивість ясен
* крововиливи.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем пацієнта
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб та його оточуючих запобіганню можливості поширення хвороби
* консультація відносно дієтотерапії.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* взяття крові з вени для біохімічних і серологічних досліджень
* систематичний контроль за дотриманням пацієнтом ліжкового режиму і дієти №5
* контроль за частотою пульсу, АТ, температурою тіла, загальним станом
* систематичний контроль за кольором склер, шкіри, сечі, випорожнень
* відволікаючі компреси
* виконання лікарських призначень
* застосування альфа-інтерферонів, сорбентів, гепатопротекторів, жовчогінних засобів, дезінтоксикації, вітамінів
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та його оточуючих дієтотерапії, дотримання правил санітарно-гігієнічного режиму, правил запобігання інфекції (гігієна харчування, особиста гігієна), запобігання можливості парентерального зараження (інструментальні втручання, гігієна статевих зв’язків, застосування одноразового медичного інструментарію, запобігання наркоманії).

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* покращення загального стану пацієнта (апетит, настрій, зникнення загальної слабкості)
* зникнення жовтяниці склер, шкіри
* нормалізація кольору сечі, випорожнень
* при появі ознак наростання печінкової недостатності терміново викликати лікаря, підготувати все необхідне для оксигенотерапії, промивання шлунка і кишечника, лікарські засоби для в/в введення.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Лептоспіроз»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* висока температури тіла
* сильний головний біль
* безсоння
* різка загальна і м’язова слабкість
* інтенсивний біль у м’язах, особливо литкових
* біль у попереку
* відсутність апетиту, спрага
* нудота, блювання
* крововиливи у склеру, кон’юнктиву
* болі в ділянці печінки, селезінки
* здуття живота
* носові кровотечі
* кровоточивість ясен.

**Анамнестичні дані:**

* гострий початок хвороби: озноб, підвищення температури тіла до 40оС, загальна слабкість
* головний біль
* біль у м’язах, особливо литкових, гіперестезія шкіри
* наростання інтоксикації (безсоння, відсутність апетиту, спрага)
* ураження печінки
* жовтяниця склер, шкіри
* ураження серцево-судинної системи
* ураження ЦНС
* геморагічний синдром
* ураження нирок.

**Обєктивні дані:**

* гарячка
* тахікардія, гіпотензія
* одутлість і гіперемія обличчя та верхньої частини тулуба
* істеричність склер, ін’єкція судин склер, кон’юнктиви, незначні крововиливи в склери
* язик обкладений сіро-бурим нальотом, сухий, гіперемійована слизова рота, на губах герпес
* шкіра жовтянична, гіперестезія, можлива геморагічна висипка
* темна сеча
* збільшення периферичних лімфовузлів
* позитивний симптом Пастернацького
* болючість м’язів нижніх кінцівок при пальпації
* олігурія, анурія, темна сеча.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* гарячка, безсоння, головний біль
* спрага, нудота, блювання
* болі в м’язах кінцівок
* зменшення добового діурезу
* крововиливи, кровотечі.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта до взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем пацієнта і його потреб
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* взяття крові, сечі, спинномозкової рідини для мікроскопічного і бактеріологічного дослідження
* взяття крові з вени для серологічних досліджень
* постійний контроль за станом пацієнта
* контроль за станом шкіри, профілактика пролежнів
* застосування теплих грілок при різкому м’якому болю
* контроль за водним балансом, діурезом
* виконання лікарських призначень
* роздача ліків для перорального лікування
* гіпербарична оксигенація. Гемосорбція, гемодіаліз при гострій недостатності нирок і печінки
* вирішення супутніх проблем пацієнта

- навчання пацієнта та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* покращення загального стану та самопочуття пацієнта, нормалізація сну, зменшення м’язового болю
* нормалізація температури тіла, пульсу, АТ
* відсутність жовтяниці
* нормалізація діурезу
* виявлення та оцінка нових проблем пацієнта (при явищах наростаючої ниркової недостатності: нудота, блювання, біль у попереку, блідість, набряки тощо, викликати лікаря для переводу до палати інтенсивної терапії).

**Медсестринський процес**

**Тема: «Дифтерія»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* підвищення температури тіла
* слабкий біль у горлі під час ковтання
* загальна слабкість, нездужання
* головний біль
* зниження апетиту.

**Анамнестичні дані:**

* гострий початок хвороби: висока температури тіла , нездужання, інтоксикація (загальна слабкість, ломота в тілі, розбитість)
* біль у горлі, набряклість, ціанотичний відтінок слизових мигдаликів та ротоглотки
* формування фіброзного нальоту
* здатність нальоту виходити за межі мигдаликів
* набряк мигдаликів, слизових оболонок рото глотки, набряк підшкірної клітковини шиї, акроціаноз (при токсичній формі)
* підщелепний лімфаденіт.

**Об’єктивні дані:**

* гарячка, тахікардія
* блідість шкіри
* виражена інтоксикація
* набряклість слизових оболонок рото глотки, їх незначна гіперемія з ціанотичним відтінком
* фіброзний наліт: суцільний, щільний, сірувато-білого кольору, підвищений, міцно спаяний, тяжко знімається (після зняття кровоточивість: симптом «кров’яної роси»
* набряк мигдаликів
* збільшення підщелепних лімфовузлів.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* наліт на мигдаликах
* набряклість слизових мигдаликів, рото глотки
* болі в горлі при ковтанні
* гарячка, головний біль
* медсестринський діагноз розширюється в міру прогресування процесу та розвитку ускладнень.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта до взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем пацієнта і його потреб
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* взяття мазків із зіва і носа для бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень
* взяття крові з вени для серологічних досліджень
* ЕКГ, рентгенографія легень
* консультація кардіолога, невропатолога, оталаринголога
* забезпечення пацієнту повного фізичного і психічного спокою
* суворий ліжковий режим
* доглядати за чистотою ротової порожнини
* дотримання медперсоналом протиепідемічних заходів
* виконання лікарських призначень. Парентеральне введення антитоксичної протидифтерійної сироватки
* здійснення антибактеріальної терапії
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* покращення загального стану, зникнення загальної слабкості, болів у горлі, покращення апетиту
* нормалізація кольору слизових оболонок і мигдаликів
* зникнення фіброзного нальоту
* корекція м/с втручань у випадку ускладнень (при виявленні ознак крупу надати напівсидячого положення, зробити ванну чи гірчичне обгортання, забезпечити спокій, приготувати мед інструментарій для інкубації чи трахеотомії, глікокортикостероїди та ін.).

**Медсестринський процес**

**Тема: «Менінгококова інфекція»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* озноб, різке підвищення температури тіла
* головний біль6 сильний, розпираючий
* блювання
* безсоння, загальмованість
* болі в м’язах і суглобах
* судоми
* наявність висипу
* погіршення зору.

**Анамнестичні дані:**

* головний біль, перхотіння в горлі, закладеність носа, кашель
* блювання без нудоти фонтаном
* наростаючий головний біль без певної локалізації, розпираючий, нестерпний
* розлади свідомості (марення, галюцинації, сопор)
* поява менінгіальних симптомів
* судоми
* гіперестезії
* геморагічна екзантема
* явища артриту
* ураження очей, міокарду, наднирників
* наростання явищ інтоксикації з можливим розвитком інфекційно-токсичного шоку, парезами й паралічами кінцівок.

**Обєктивні дані:**

* гіпертермія,тахікардія, гіпотензія
* загальний стан тяжкий: загальмованість, млявість, деколи розлади свідомості, збудження, марення
* гіперемія, сухість, набряк задньої стінки глотки
* підвищена чутливість до подразнень: слухових, світлових, больових
* ригідність потиличних м’язів, позитивні симптоми Керніга, Брудзинського
* менінгіальне положення пацієнта (на боці із закинутою головою: підтягнутими до живота ногами)
* геморагічний висип
* крововиливи на слизовій оболонці ротової порожнини, в склери, кон’юктиви
* ознаки артриту, біль, припухлість, обмеження рухів.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* гарячка, блювання, порушення сну
* головний біль, марення
* ригідність потиличних м’язів
* судоми
* болі в м’язах спини, суглобах
* геморагічна висипка, крововиливи.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта до взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем пацієнта і його потреб
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* взяття слизу з носоглотки для бактеріологічного дослідження
* взяття крові з ліктьової вени для бактеріологічного та серологічних дослідження
* взяття спинномозкової рідини для біохімічного та бактеріологічного досліджень
* додаткові методи дослідження: ЕКГ,ЕЕГ, ФКГ, ком’ютерна томографія
* контроль дотримання суворого ліжкового режиму
* контроль і забезпечення умов охоронного режиму з максимальним нервово-психічним відпочинком
* при гарячці прикладати холод до голови та великих судин, при ознобі – грілки до ніг, укутування
* здійснювати ретельний догляд за шкірою, слизовими оболонками носа, ротової порожнини, очей, систематично проводити профілактику пролежнів
* контролювати здійснення заходів поточної дезінфекції в оточенні пацієнта
* виконання лікарських призначень
* парентерально введення засобів етіотропної терапії. Для полегшення доступу до ліктьової або підключичної вени проводять катетеризацію
* введення засобів патогенетичного і симптоматичного лікування
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта і його оточення само догляду і взаємодогляду.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* значне поліпшення стану пацієнта
* нормалізація температури тіла, зникнення головного болю
* повне зникнення менінгіальних симптомів
* корекція м/с втручань:

а) при некротизації геморагічного висипу накладати суху стерильну пов’язку

б) при потраплянні блювотних мас в непритомному стані в дихальні шляхи – негайно відсмоктати вміст із трахеї

в) при інфекційно-токсичному шокові – за вказівкою лікаря: мезатон, гормональні препарати.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Малярія»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* різкий озноб
* нездужання, головний біль
* виражена гарячка, жар
* спрага
* болі в кістках, м’язах, спині, попереку, кінцівках
* болі в лівому та правому підребер’ї
* блювання, нудота, рясний піт.

**Анамнестичні дані:**

* початок гострий, різкий (потрясаючий) озноб
* швидке наростання температури тіла до 40-41оС з нудотою, блюванням, відчуттям жару, вираженою спрагою, болями в кістках, м’язах спини, кінцівок, голови, болі в ділянці селезінки і печінки
* за гарячкою різке (критичне) зниження температури тіла до нормальної або субнормальної (супроводжується профузним потовиділенням, деколи – колапсом)
* поступове покращення загального стану (період апірексії) до наступного приступу ознобу і гарячки.

**Об’єктивні дані:**

* під час ознобу: шкіра бліда «гусяча», холодні кінцівки, акроціаноз
* в період малярійного пароксизму температура тіла 40-41оС
* гіперемія обличчя
* ін’єкція судин склер
* шкіра гаряча, гіперемійована, при повторах приступів субіктеричність склер і шкіри
* сухість слизових оболонок
* язик обкладений білим нальотом
* тахікардія, гіпотензія
* ознаки анемії
* герпес на губах
* в період зниження температури тіла: профузна пітливість, гіпотензія з розвитком колапсу.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* різкий озноб
* гарячка
* головний біль
* спрага
* профузна пітливість.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* підготовка пацієнта до взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем пацієнта і його потреб
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* взяття крові з пальця для мікроскопічного дослідження (товста крапля або мазок крові)
* взяття крові з вени для серологічних дослідження
* створення пацієнтові належних комфортних умов з дотриманням призначеного режиму
* постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта (вимірювання температури тіла, пульсу, АТ, частоти дихальних рухів)
* контроль за дотриманням пацієнтом ліжкового режиму під час нападу гарячки
* зігрівання при ознобі
* застосування міхура з льодом при гарячці
* догляд при рясному профузному потовиділенні
* виконання лікарських призначень
* роздача ліків для перорального прийому
* здійснення парентерального лікування
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та його осіб з оточення захисту від укусів комах та проведення хіміопрофілактики.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* нормалізація температури тіла, пульсу, АТ
* покращення загального стану та самопочуття пацієнта
* виявлення та оцінка нових проблем пацієнта (можливі різкі болі в лівому підребер’ї при загрозі розриву селезінки); можливі колапси при різкому зниженні температури тіла з відповідною корекцією м/с втручань.

**Медсестринський процес**

**Тема: «Чума»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* гарячка, озноб
* головний біль, біль у м’язах
* нудота, блювання
* різка слабкість
* відчуття спраги, занепокоєння
* сильні болі в лімфатичних вузлах, їх нагноєння
* наявність болючої гнійної виразки на шкірі
* багрово-синюшні плями на тілі
* кровотечі
* ріжучий біль у грудях, задишка, кашель з кров’янистим харкотинням
* різкий біль у животі, часті позиви до дефекації, пронос із слизом, кров’ю, багаторазове блювання.

**Анамнестичні дані:**

* початок гострий, підвищення температури тіла, з ознобом, наростаючий головний біль, біль у м’язах, нудота, блювання, порушення ходи
* чумне обличчя, крейдяний язик
* інтоксикація: неспокій, збудження, невиразність мови, порушення свідомості.

***шкірно-бубонна форма***

* зміни на шкірі:

пляма папула везикула пустула із синюшним валом, з якої утворюється виразка, деколи дуже болючий карбункул із значним набряком прилеглих тканин

* реґіонарний лімфаденіт: спочатку невелике болюче їх ущільнення, пізніше значне збільшення конгломерату групи лімфовузлів (бубони)
* бубон прориває з виділенням гною, при сприятливому перебігу розсмоктується

***септична, легенева, кишкова форма***

* виражена інтоксикація
* блискавичний перебіг з ураженням серцево-судинної системи, ЦНС, нирковою недостатністю, геморагічним синдромом і відповідною патологією з боку органів дихання, травлення
* надзвичайно висока летальність наступає в наслідок серцево-легеневої недостатності.

**Обєктивні дані:**

* гіперемія , тахікардія, аритмія, різке зниження АТ, прискорене дихання
* загальний неспокій, збудження, невиразність мови, хитка хода, надмірна рухливість, метушливість
* обличчя червоне, одутле, ціанотичне, гіперемія кон’юнктив
* губи і слизові оболонки рота сухі, язик з густим білим нальотом, ніби натертий крейдою («крейдяний язик»)
* шкіра гаряча, суха, геморагічний висип, крововиливи
* інтоксикація, потьмарення свідомості, марення, галюцинації
* живіт здутий
* різке зменшення виділення сечі.

***при шкірно-бубонній формі:***

* з червоно-синюшної плями утворюється вузлик, серозний пухирчик, потім гнійничок. Ця пустула оточена гіперемією із ціанозом, наповнена гноєм із кров’ю, з неї – виразка (жовте дно, темний струп), що пізніше рубцюється.

***бубонна форма:***

* лімфатичні вузли болючі, значно збільшені, згруповані, спаяні, гарячі, різко-болючі із багряно червоною, синюшною, напружено блискучою шкірою над ними
* після прориву бубону болі стихають, є виділення зеленкуватого гною; на місці бубону утворюються рубці.

***септична форма:***

* швидко розвиваються ознаки енцефалопатії
* геморагії на шкірі і слизових оболонках, які стають синюшними, чорними, наростає геморагічний синдром.

***кишкова форма:***

* болі у животі, кривавий пронос
* нудота, блювання.

***легенева форма:***

* стрімке наростання загальних симптомів
* біль у грудях
* кашель з виділенням слизового, а далі кров’янистого харкотиння; поява пінистого харкотиння свідчить про розвиток набряку легень, сопор, поверхневе дихання, тахіпное, пульс ниткоподібний 140-160 уд. за хв., АТ падає до критичних цифр.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* озноб, гарячка
* головний біль, відчуття страху
* збудження, марення
* збільшення лімфовузлів (утворення бубонів), нориці
* виразки на шкірі
* кашель, задишка
* кривавий пронос, блювання
* геморагічний висип.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* здійснення заходів з негайної ізоляції хворих (або підозрілих на чуму). Обов’язкове дотримання суворого протиепідемічного режиму як при карантинних інфекціях.
* підготовка пацієнта до взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем пацієнта і його потреб
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* негайне виконання дезінфекції і дезінсекції
* весь медперсонал проживає при лікарні до виписки останнього пацієнта з наступною обсервацією 6 днів
* обов’язкове використання протичумного костюму
* ретельне проведення поточної і заключної дезінфекції
* взяття патологічного матеріалу для мікроскопії
* забір інфікованого матеріалу для бактеріологічних досліджень
* транспортування інфікованого матеріалу відповідно до правил і інструкцій ОНІ
* систематичний контроль за станом пацієнта
* суворий контроль за дотриманням пацієнтом ліжкового режиму
* догляд при гарячці, профілактика пролежнів
* постійне спостереження за психічним станом
* накладання на ділянку бубону стерильної пов’язки, пункція бубону, введення антибіотиків
* систематична подача зволоженого кисню
* виконання лікарських призначень
* навчання осіб, оточуючих пацієнта правилам можливого інфікування і необхідності проведення хіміопрофілактики антибіотиками.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* покращення загального стану
* нормалізація температури тіла, пульсу, АТ
* відсутність марення, галюцинацій, збудження
* нормалізація мови, ходи
* очищення язика від білого нальоту
* розсмоктування бубону
* зникнення крововиливів на шкірі
* нормалізація випорожнень
* нормалізація функції органів дихання, відсутність кашлю, задишки
* корекція м/с втручань у разі необхідності.

**Тема: «Сибірка»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* загальна слабкість
* озноб, підвищення температури тіла
* безсоння, головний біль.

***при шкірній формі***

* сверблячий пухирчик
* виразка з набряком

***при легеневій формі***

* задишка
* біль у грудній клітці
* вологий кашель

***при кишковій формі***

* болі в животі
* криваве блювання
* кривавий пронос.

**Анамнестичні дані:**

* підвищення температури тіла, озноб, слабкість, порушення сну

***шкірна форма***

* на місці проникнення збудника червоно-синювата пляма – папула (із свербінням) везикула пустула (із кров’янистим вмістом), що лопається з утворенням виразки з темним дном
* виразка перетворюється в щільний чорний не болючий струп (нагадує вуглину)
* навколо струпу запальний червоного кольору валик з вторинними пухирцями, які пізніше виразковуються, за рахунок чого виразка із струпом збільшується (сибірковий карбункул)
* навколо карбункула набряк
* поява карбункула супроводжується реґіонарним лімфоденітом

***легенева форма***

* виражена інтоксикація, біль у грудній клітці, задишка, кашель з виділенням харкотиння, можливим розвитком набряку легень і геморагічного плевриту з розвитком дихальної недостатності

***кишкова форма***

* раптовий гострий початок з вираженою інтоксикацією, парезом кишок, кривавим блюванням і проносом

***септична форма***

* термінальна стадія будь-якої з попередніх форм.

**Об’єктивні дані:**

* гіперемія , тахікардія

***шкірна форма:***

* виразка з локалізацією частіше на верхніх кінцівках, обличчі, шиї, потилиці, грудях, спині, животі
* струп чорного кольору нагадує вуглину, щільний і безболісний
* пальпація струпу і оточуючих тканин не болюча
* навколо виразки і струпа гіперемія і набряк оточуючих тканин (м’який, драглистий – симптом Стефанського) з відсутністю болючості
* шкіра навколо набряку ціанотична з дочірніми висипаннями («перлинне намисто»)
* збільшення і не болючість реґіонарних лімфовузлів

***легенева форма:***

* висока температура тіла, виражена інтоксикація, кашель, задишка
* харкотиння рідке, пінисте, серозно-геморагічне у великій кількості, нагадує «малинове желе», швидко наростає дихальна недостатність

***кишкова форма:***

* метеоризм, відсутність болючості, під час пальпації знижена перистальтика, криваві блювотні маси і випорожнення.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

Мед сестринський діагноз залежить від клінічної форми:

* гарячка, головний біль, безсоння
* виразка, чорний струп
* вологий кашель, задишка
* криваве блювання, пронос.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* здійснення заходів з негайної ізоляції хворих (або підозрілих на чуму). Обов’язкове дотримання суворого протиепідемічного режиму як при карантинних інфекціях.
* підготовка пацієнта до взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем пацієнта і його потреб
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб та його оточуючих санітарно-гігієнічним навичкам.

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* здійснення заходів протиепідемічного режиму з виконанням усіх правил, обов’язкових під час роботи із збудником особливо-небезпечних інфекцій
* взяття інфікованого матеріалу для мікроскопічних і бактеріологічних досліджень
* проведення шкірної алергічної проби з антраксином
* постійний контроль за самопочуттям та станом пацієнта
* контроль за дотриманням пацієнтом ліжкового режиму і дієти
* контроль за станом шкіри, постійне накладання на виразки сухої асептичної пов’язки, яка після зняття підлягає спалюванню
* допомога в дотриманні пацієнтом правил особистої гігієни
* контроль за здійсненням поточної дезінфекції в оточенні пацієнта
* дотримання усіх заходів особистої безпеки
* виконання лікарських призначень
* здійснення етіотропного, патогенетичного, симптоматичного лікування
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта санітарно-гігієнічних заходів, направлених на попередження поширення інфекції, попередити, щоб не було тертя і ушкодження пухирців, виразок, струпа (щоб не спровокувати розвиток сепсису).

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* покращення загального стану, нормалізація температури тіла, пульсу
* покращення самопочуття, нормалізація сну
* зворотні зміни в ділянці виразки
* поступове зменшення набряку
* відокремлення струпа
* епітелізація некротичної поверхні виразок з утворенням еластичного рубця
* зникнення явищ ураження дихання, травлення
* виявлення та оцінка нових проблем пацієнта з відповідною корекцією м/с втручань (можливий розвиток генералізованої форми з порушенням свідомості. Набряку мозку, явищами інфекційно-токсичного шоку).

**Тема: «Сказ»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* неспокій, втома
* тягнучий біль, печіння, свербіж в ділянці укусу
* головний біль, дзвін у вухах
* невмотивований страх
* туга, тривога, думки про смерть
* підвищення температури тіла
* відсутність апетиту.

**Анамнестичні дані:**

***стадія провісників:***

* неприємні відчуття в ділянці укусу (рубця)
* порушення сну із страхітливими сновидіннями
* депресія, головний біль, підвищення температури тіла

***стадія збудження:***

* підвищена рефлекторна збудливість: синдром гідрофобії (водобоязнь), акрофобії, акустофобії, спастичні скорочення ковтальних, дихальних мя’зів на відповідні подразники
* приступи пароксизмі частішають і посилюються
* виражена слинотеча, пітливість
* виражені порушення психіки: буйність, сказ, лютість, агресивність

***стадія параліча:***

* припиняється збудження, гідрофобія
* продовжується слинотеча
* з’являються паралічі
* смерть раптова від паралічу серця або дихального центру.

**Обєктивні дані:**

***стадія провісників:***

* гіпертермія, тахікардія
* рубець від укусу червоний, припухлий, набряклий (феномен рубця)
* пацієнт апатичний, депресивний, дратівливий
* відмова від їжі
* волога шкіра
* обличчя виражає жах, страждання, погляд спрямований в одну точку, зіниці розширені

***стадія збудження:***

* при високій температурі тіла кінцівки холодні
* розлади дихання і забруднення вдиху, поверхневий видих
* виражений загальний неспокій, прохання про допомогу
* судоми глоткової і дихальної мускулатури
* рухові збудження, напади буйності
* свідомість потьмарена, галюцинації
* тахікардія
* посилене слиновиділення
* часте блювання
* значне зневоднення через боязнь пити і значне потовиділення

***стадія паралічів:***

* пацієнт лежить нерухомо з ясною свідомістю
* припиняються судоми, відновлюється ковтання і дихання з наступним розвитком паралічів
* посилення тахікардії, зниження АТ, підвищення температури тіла до 41-42оС, можлива афонія
* тимчасове «зловіще» поліпшення самопочуття з послідуючою смертю внаслідок паралічу дихального або судинного центрів.

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* почервоніння, набряк на місці укусу
* слинотеча
* страх води, рухів повітря, світла, звуків
* пітливість
* збудження з агресивними діями.

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем і потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* взяття слини для специфічного дослідження
* створення пацієнтові належних комфортних умов, які забезпечують зменшення страждань
* всі медсестринські втручання і дії з догляду мають враховувати летальність хвороби
* встановлення індивідуального медсестринського посту
* захист медперсоналу і оточуючих від зараження (носіння масок, рукавичок, захисних окулярів). Персонал має бути щепленим від сказу
* обмеження дії зовнішніх подразників
* допомога у вживанні рідини (поїти так, щоб не було видно води:давати смоктати лід, вологу губку). Не пропонувати води!
* дотримання протиепідемічних заходів біля ліжка пацієнта. Контроль за здійсненням поточної дезінфекції в оточенні пацієнта
* виконання лікарських призначень
* здійснення симптоматичного лікування за допомогою заспокійливих, спазмолітичних, наркотичних, снодійних, проти судомних засобів
* відсмоктування слизу та слини з дихальних шляхів.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* враховуючи завжди несприйнятливий прогноз, м/с втручання направлені лише на тимчасове зменшення проявів хвороби
* корекція м/с втручань залежить від появи нових ознак хвороби, враховуючи несприйнятливий прогноз (при раптовій зупинці дихання – переведення на штучну вентиляцію легень, що може лише на короткий час продовжити життя пацієнта).

**Тема: «Правець»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* тягучий біль, печія в ділянці рани
* посіпування прилеглих м’язів біля рани
* пітливість
* головний біль, підвищення температури тіла
* підвищена дратівливість
* біль у ділянці нижньої щелепи
* неприємні відчуття у жувальних м’язах
* утруднене відкривання рота
* утруднене ковтання
* утруднене дихання
* інтенсивний біль в м’язах живота, спини, кінцівок
* судоми в різних групах м’язів

**Анамнестичні дані:**

* інкубаційний період від 1-14 днів до 2-х місяців
* початок хвороби здебільшого поступовий: біль і скутість рухів нижньої щелепи, м’язів живота і спини, головний біль, утруднене ковтання
* тризм («щелепа на замок»)
* «сардонічна усмішка» - (усмішка разом із плачем)
* на фоні наростаючої ригідності поява різної інтенсивності та послідовності спазмів м’язів, що починаються від потилиці і поширюються у нисхідному порядку – шия, спина, живіт, кінцівки
* порушення акту ковтання
* поява і наростання судомів в першу чергу м’язів спини, живота, литкових м’язів (опістотонус)
* судоми болючі, наростає їх частота і тривалість
* утруднене сечовиділення й випорожнення
* приблизно через 10 днів судомні напади рідшають
* ви здоровлення протягом 1 місяця

**Обєктивні дані:**

* температура тіла спочатку в межах норми, пізніше підвищується
* тахікардія, лабільна гіпертензія
* свідомість і психіка збережені, безсоння
* ригідність м’язів нижньої щелепи, обличчя, м’язів живота, спини
* тонічне напруження і судомне скорочення жувальних м’язів, яке утруднює відкривання рота
* тривале скорочення лицевих м’язів (лоб в зморшках, брови і крила носа підведені, очі прищулені, рот розтягнутий)
* генералізована ригідність м’язів
* виражене тонічне скорочення різних м’язів, живіт твердий, як дошка
* скорочення м’язів-розгиначів зумовлює вигнуте положення із закинутою назад головою, опираючись тільки на п’яти і потилицю
* посилення судом у разі дотику, світлових, звукових та інших подразнень

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* ригідність і болі м’язів нижньої щелепи (тризм)
* судомне скорочення лицевих м’язів («сардонічна» усмішка)
* судоми м’язів спини, живота, литкових, опістотонус
* порушення дихання
* гарячка, пітливість
* закрепи, затримка сечовипускання

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем і потреб пацієнта
* виконання лікарських призначень
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб з його оточення санітарно-гігієнічним правилам та надання само – та взаємодопомоги

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* взяття мазку з рани для бактеріоскопії та посіву вмісту рани на відповідні поживні середовища. Токсин у дослідованому матеріалі виявляється біопробою на білих мишах. Для виявлення правцевого токсину в посівах застосовують РАГА
* створення належних, комфортних умов пацієнтові: встановлення цілодобового постійного спостереження з оптимальними умовами для догляду і лікування
* обмеження дії зовнішніх подразників біля ліжка пацієнта (затемнене приміщення, м’яке ліжко, постійний доступ свіжого повітря, у персоналу м’яке взуття, уникнення зайвих рухів при годуванні, догляді, процедурах)
* цілодобовий контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта, вимірювання температури тіла, пульсу, АТ, спостереження за диханням
* відсмоктування слизу з рота, носоглотки у разі виникнення судом
* якщо ковтання не порушено, годування пацієнта природним шляхом обов’язково з допомогою медсестри. Коли ковтання порушено, годування пацієнта проводиться через зонд, їжа рідка, протерта, багата білками, жирами, вуглеводами; в крайніх випадках – живлення парентеральне
* застосування грілки та катетера – при затримці сечовипускання
* постановка очисної клізми при закрепах
* догляд за шкірою при пітливості (обережні сухі обтирання, переодягання). Профілактика пролежнів
* виконання лікарських призначень
* обов’язкова ревізія і хірургічна обробка рани навіть тоді, коли первинна обробка рани була вже проведена, або рана загоюється
* здійснення специфічного етіотропного лікування (в/м за Безредко протиправцева коняча сироватка або анти правцевий імуноглобулін. Правцевий анатоксин для нейтралізації токсину)
* патогенетичне лікування: лірична суміш (аміназин, промедол, скополамін, димедрол), діазепам, в тяжких випадках судом – міорелаксанти (тубо курарин, панкуроній, диплацин), барбітурати, седуксен, серцеві, гіпотензивні
* трахеотомія або інкубація з штучною вентиляцією легень (при відповідних показах – наростанні дихальної недостатності)
* при гіпертермії – через зонд в шлунок вводити розчин анальгіну
* для профілактики вторинної інфекції – бензилпеніцилін, тетрациклін, левоміцетин
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та осіб з його оточення правилам запобігання травматизму та правилам первинної обробки рани при різних ушкодженнях шкіри та ін.

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* покращення загального стану та самопочуття, нормалізація температури тіла, пульсу, АТ, нормалізація сну
* зменшення і зникнення тонічного напруження м’язів, судом
* нормалізація сечовиділення, стільця
* виявлення та оцінка нових проблем пацієнта (можливих ускладнень – пневмонії, інфаркту міокарда, розривів м’язів і сухожилків, вивихів, переломів кісток) з відповідною корекцією м/с втручань

**Тема: «ВІЛ інфекція/СНІД»**

**І. Етап. Медсестринське обстеження**

**Скарги пацієнта:**

* загальна слабкість
* головний біль
* підвищення температури тіла
* болі в м’язах, суглобах

***І стадія***

* практично відсутні
* наростання температури тіла
* пітливість
* збільшення лімфовузлів

***ІІ стадія***

* гарячка
* анорексія
* наростання слабкості
* виразки у роті
* різні висипки на шкірі і слизових
* болі в горлі

***ІІІ стадія***

* наростання пітливості вночі
* схуднення
* рідкі випорожнення
* болі в животі
* тривала гарячка
* наростання головного болю
* кашель
* болі в грудях
* задишка
* болі в м’язах, кістках, суглобах
* біль у роті, при ковтанні

***ІV стадія***

* відчуття фізичного й психічного виснаження
* рухові розлади
* порушення пам’яті

**Анамнестичні дані:**

* інкубаційний період від 1-3 тижнів до 5 років
* у 50-80% Віл інфікованих різні симптоми гострої ретровірусної сероконверсії, що нагадують інші вірусні інфекції, інфекційний

мононуклеоз

***І стадія***

* безсимптомне носійство: клінічно не проявляється, серологічна наявність ВІЛ - носійства
* персистуюча генералізована лімфаденопатія: збільшення не менше ніж 2-х груп перифер. лімфовузлів, що утримуються понад 3 міс.

***ІІ стадія***

* втрата маси тіла менше 10%
* ураження шкіри і слизових оболонок з різними проявами
* герпес Зостер протягом останніх 5 років
* рецидивуючі інфекції верхніх дихальних шляхів

***ІІІ стадія***

* на фоні вираженої загальної інтоксикації розвиваються різні бактеріальні, грибкові, вірусні інфекції органів травлення, дихання, м’язів, шкіри, слизових та ін., що супроводжуються змінами порушення імунітету з вираженими лабораторними змінами

***ІV стадія***

* кінцева, термінальна стадія ВІЛ – інфекції тобто СНІД з розвитком виражених опортуністичних інфекцій і різних пухлинних захворювань з проявами відповідно наявності конкретної нозологічної форми; всі прояви постійні, надзвичайно виражені, наростаючі; виражені порушення клітинного імунітету

**Обєктивні дані:**

* температура тіла 37-38оС
* збільшені потиличні, шийні, пахвові лімфовузли
* явища дерматиту
* можливі явища пневмонії, гепатиту

***І стадія***

* деякі лабораторні гематологічні зміни
* збільшені лімфатичні вузли еластичні, неболючі, рухомі, не спаяні
* збільшення печінки і селезінки

***ІІ стадія***

* інтоксикація, температура тіла 38,5-39,5оС
* себорейний дерматит
* грибкові ураження нігтів
* оперізуючий герпес
* явища ангіни
* схуднення (менше 10% ваги)

***ІІІ стадія***

* втрата більш 10% маси тіла
* діарея більше 1 місяця
* тривала гарячка
* кандидоз порожнини рота
* волосата лейкоплакія
* туберкульоз легень
* явища пневмонії (в легенях хрипи)
* гнійні міозити
* тромбоцитопенія, нейтропенія, лімфопенія, анемія
* кількість СД4+-Т-лімфоцитів в сироватці крові падає до 499-200 мм3

***ІV стадія***

* синдром виснаження, астенія
* ознаки дихальної недостатності
* пізнавально-рухові розлади
* явища енцефалопатії з вираженою деменцією
* наростання лейкопенії, тромбоцітопенії, анемії
* різке зниження СД4+-Т-лімфоцитов (біля 200 і нижче)

**ІІ. Етап. Медсестринська діагностика**

* гарячка
* пітливість
* втрата маси тіла
* біль у горлі, кашель
* рідкі випорожнення
* перелік діагнозів збільшується в залежності від приєднання нових уражень (генералізації процесу)

**ІІІ. Етап. Планування медсестринських втручань**

* створення умов безпеки при роботі з Віл-інфікованим пацієнтом
* підготовка пацієнта та взяття інфікованого матеріалу для специфічних лабораторних досліджень
* вирішення проблем пацієнта і його потреб (дійсних)
* догляд та медсестринське спостереження за ВІЛ-інфікованим пацієнтом
* виконання лікарських призначень з лікування пацієнтів з відповідною патологією
* вирішення супутніх проблем пацієнта
* навчання пацієнта та його оточуючих санітарно-гігієнічних навичок

**ІV. Етап. Реалізація плану медсестринських втруч**

* лікування стаціонарне в окремих палатах або в спеціалізованих відділеннях
* дотримання загальних (універсальних) засобів безпеки, тобто це дії, пов’язані з асептикою та антисептикою, а також виконання заходів з ізоляції від контакту з різними виділеннями з організму пацієнта: обов’язкове застосування рукавичок із зміною перед кожним пацієнтом, робота в захисних пластикових халатах, а також в захисних масках і окулярах при маніпуляціях, де очікуються бризки крові або інших рідин. Не легковажити з дрібних пошкоджень на руках, обробляти їх і захищати пластиром, який не промокає
* сумлінне виконання правил дезінфекції, а також стерилізації інструментарію і приладів
* контроль за наявністю аптечки та користування нею для надання термінової медичної допомоги працівникам та технічному персоналу лікувально-профілактичних закладів
* взяття крові (5мл) з ліктьової вени стерильним шприцом з голкою; кров перенести у пробірку з гумовим корком; пробірку поставити у термостат (для подальшого серологічного дослідження методом ІФА або імуноблотингу (для визначення антитіл), полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР-для виявлення антигену вірусу)
* створення пацієнтові належних комфортних умов: обов’язковість створення в оточенні ВІЛ інфікованого пацієнта охоронного психологічного режиму із заходами для його соціальної адаптації
* застосування при гарячці холодного компресу на лоб, міхура з льодом, давати багато пити
* контроль за чистотою натільної і постільної білизни. При пітливості обтирання тіла сумішшю теплої води з оцтом, спиртом, одеколоном, переодягання в суху чисту білизну
* контроль за чистотою ротової порожнини, своєчасне чищення зубів після їжі. Полоскання рото глотки при болях в горлі розчинами фурациліну, содововим, календули та ін.
* при кашлі – тепло на груди, багато теплого пиття, збирання харкотиння в ємкості з дезрозчином
* контроль за чистотою тіла. Після рідких випорожнень своєчасне обмивання сідниць та промежини з теплою водою з милом
* контроль за харчуванням. Призначається дієта високої енергетичної цінності з підвищеним вмістом білків, вуглеводів, вітамінізована, з різноманітних продуктів, з частим режимом харчування
* особливості догляду та медсестринського спостереження залежать від особливостей перебігу СНІДу і вираженості симптоматики супутніх опортуністичних хвороб
* в оточенні ВІЛ-інфікованих пацієнтів обов’язкове дотримання поточної дезінфекції
* медикаментозне лікування по життєве. Надзвичайно висока відповідальність медичних сестер за жорстким дотриманням призначеної схеми лікування
* виконання лікарських призначень: комбінація протиретровірусних препаратів (нуклеозидні інгібітори-невіранін, делавердин; інгібітори протеаз-ампренавір, ритона вір, нелфінавір; інтерферони, інтерлейкіни та ін.); для боротьби з вторинними інфекціями – бактрим, метронідазол, центамідин, фанзидар, нізорал, флуконазол, ацикловір (зовіракс, віролекс), ізоніазид, римфампіцин, стрептоміцин та інші.
* вирішення супутніх проблем пацієнта. Оберігання пацієнтів від зараження лікарняними штамами мікроорганізмів
* роз’яснення ВІЛ-інфікованому пацієнту та особам з його оточення основних правил протиепідемічного режиму та проведення необхідних дезінфекційних заходів. Рекомендувати максимально обмежити коло осіб, що мають доступ до інформації про особу ВІЛ-інфікованого. Віл-інфіковані мають бути попереджені про кримінальну відповідальність за свідоме зараження інших людей. Навчання пацієнта та його оточення санітарно-гігієнічним навичкам («безпечний секс», індивідуальний посуд та медичний інструментарій тощо). Бесіди з ВІЛ інфікованими пацієнтами відносно особливостей життя в суспільстві (в плані психологічних, морально-етичних та інших правил спілкування)

**V. Етап. Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* на певний час поліпшення загального стану пацієнта. Зменшення або зникнення проявів хвороби
* відсутність покращення стану, наростання розвитку опортуністичних хвороб; прогноз несприятливий
* корекція медсестринських втручань залежить від появи ознак різноманітних вторинних інфекцій.