

Тема: «Сестринский процесс при ботулизме».

Ботулизм - это инфекционная болезнь, вызываемая бактерией *Clostridium botulinum*.

Возбудитель - подвижная палочка, растёт при условии отсутствия кислорода-анаэроб.Образует споры, которые устойчивы к химическим и физическим воздействиям. Споры ботулизма многие годы могут сохраняться в высушенном состоянии и при благоприятных условиях прорастают в вегетативные формы, образующие токсин. Известно 7 серотипов возбудителя: А,В,С, D, Е, F, Q.

Источники инфекции:

1. Теплокровные животные, преимущественно травоядные (коровы, козы, лошади и др.), реже – холоднокровные (рыбы, моллюски и ракообразные). В кишечнике животных возбудитель ботулизма накапливается и выделяется с испражнениями во внешнюю среду, чаще в почву, где превращается в споры, сохраняющиеся годами.

Механизм передачи – фекально – оральный. Путь передачи: пищевой. Человек заражается ботулизмом при употреблении в пищу продуктов содержащих экзотоксин и вегетативные формы возбудителя. Факторами заражения чаще всего являются мясные продукты домашнего приготовления (соления, консервы, копчености, особенно консервированные в домашних условиях грибы).

Инкубационный период составляет в среднем 18-24 часа, укорачиваясь до 2-6 часов и удлиняясь до 7 дней. Заболевание начинается остро, на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела. Выделяют три основных синдрома ботулизма:

1. Интоксикационный синдром:

- Общая слабость
- Головная боль
- субфебрильная температура

2.Гастроинтестинальный синдром:

- тошнота
- рвота
- боли в эпигастральной области
- вздутие живота

3. Паралитический синдром:

Ø нарушение со стороны органов зрения: «туман», «сетка», «мелькание мушек перед глазами», двоение в глазах (диплопия), расширение зрачков (мидриаз), опущение век

Ø нарушение глотания (сухость слизистых оболочек полости рта и глотки)

Ø нарушение фонации : осиплость и охриплость голоса вплоть до полного исчезновения (афония)

Ø синдром общей мышечной слабости

Ø синдром дыхательных расстройств: ощущение сдавления, сжимания в груди, одышка, может развиваться асфиксия с последующим летальным исходом.

Особенности сестринского ухода:

1. Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений.

2. Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта.

3. В связи с возможностью остановки дыхания вести постоянный контроль за частотой дыхания (каждые 2 часа).

4. Измерение АД (каждые 2 часа) в связи с возможностью остановки сердца.

5. Осуществление контроля за частотой и количеством мочеотделения, так как паралич мочевого пузыря вызывает задержку выделения мочи.

6. Обеспечение соблюдения пациентом диеты в острый период заболевания соответствует столу №4 по Певзнеру.

7. Своевременное извлечение пищевого зонда (в случае нарушения глотания) и качественная его дезинфекция (профилактика пролежней и ВБИ).

8. Орошение слизистой глаз 30% сульфацил-натрием (профилактика высыхания слизистой глаз).

9. Обеспечение чистоты и достаточной влажности полости рта (обработка 2% раствором борной кислоты или раствором фурацилина 1:5000).

10. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.