

Тема: Сестринский процесс при чуме.

Чума – острое природно-очаговое заболевание, относится к числу особо опасных, карантинных (конвенционных). Заболевание протекает с резко выраженной интоксикацией, серозно-геморрагическим воспалением лимфатических узлов, легких, вплоть до некроза. Иногда может протекать в септической форме.

Возбудитель – иерсиния пестис. Может иметь различную форму (бочковидную, шаровидную), относится к самым вирулентным патогенным микробам, вырабатывает очень мощный экзотоксин. Устойчивость во внешней среде до 3-4 месяцев. Погибает под воздействием различных факторов.

Относится к зооантропонозам.

Источник инфекции в основном являются грызуны. Разносится крысами, кошками, верблюдами (средняя Азия). Человек обладает чрезвычайной восприимчивостью к чуме.

Пути передачи:

контактный

трансмиссивный (блохами)

алиментарный

воздушно-капельный (от больного к здоровому)

В России 14 природных очагов чумы.

Патогенез.

Особенности течения заболевания зависят от места проникновения возбудителя в организм.

Попав в организм, он попадает в ближайший лимфатический узел. Он увеличивается в размерах, гиперемирован, болезненен, воспаляется, формируется бубон. Происходит серозно-геморрагическое воспаление с последующим некрозом ткани. Наиболее часто поражаются паховые, подмышечные и шейные лимфоузлы.

Если возбудитель прорывается в кровоток – развивается сепсис с формированием вторичных бубонов.

Если попадает через легкие – развивается первично легочная форма чумы.

Классификация Руднева:

— локальные:

— кожная

— кожно-бубонная

— бубонная

— генерализованные:

— первично септическая

- вторично септическая
- диссеминированные:
- первично легочная
- вторично легочная (через прорванный бубон, сепсис попадает в легкие)
- кишечная

Клиника.

Инкубационный период – 3-6 дней, легочная форма – 2-3 дня.

Начало внезапное, температура 39-40, озноб, выраженная интоксикация. Невнятная речь, бред, галлюцинации, спутанность сознания, склеры инъекцированы, язык густо обложен белым налетом («меловой язык»). Состояние подавленное, чувство ужаса, геморрагическая сыпь в виде темно-багровых пятен, миндалины отечны, покрыты язвами. Тахикардия 120-160, склонность к коллапсам, выраженная одышка, гепатолиенальный синдром. Кровотечения из ЖКТ, ОПН (олигурия, анурия).

Кожная форма возникает редко, на месте внедрения инфекции образуется язва/карбункул, а потом рубец.

Бубонная форма – формируется бубон, покрыт багрово-синюшной кожей, резко болезненен. Способен к прорыву, нагноению.

Кожно-бубонная – язва + бубон.

Первично/вторично септическая форма протекает крайне тяжело, инкубационный период – от несколько часов.

Первично/вторично легочная формы протекают в виде специфической пневмонии: боль в грудной клетке, одышка, кашель с кровавой мокротой. Наступает острая легочная недостаточность, смерть наступает на 2 сутки.

Кишечная форма – возбудитель попадает в организм с пищей. Возникает геморрагическое воспаление, кровавая рвота, понос, может быть перитонит.

Осложнений нет.

Диагностика:

- субъективное, объективное обследование, эпиданамнез
- мазок из зева, пунктат бубона
- анализ мокроты на бак-посев
- анализ мочи
- серологический метод

Все анализы берутся только в противочумном костюме, все герметично закрывается, выделяют специальный транспорт.

Лечение.

Госпитализация в бокс без вентиляции.

При больших заражениях, больных направляют в специальные госпитали.

Строгий постельный режим.

Медперсонал в противочумных костюмах, не покидает лечебное учреждение на инкубационный период, до выписки последнего больного.

Все контактные изолируются и принимают курс антибиотиков.

Этиотропная терапия: стрептомицин, тетрациклины (доксциклин), левомецитин.

Дезинтоксикационная терапия: реамберин.

Симптоматическая терапия: сердечно-сосудистые препараты, кровоостанавливающие, жаропонижающие, витамины группы В (для поддержания печени), гемодиализ.

При бубонной форме в благоприятном течении выписка через месяц при 3ех кратном отрицательном бак-исследовании.

При легочной – через 6 недель.

Иммунитет не стойкий.

Профилактика:

- контроль за очагами инфекции
- вакцинация
- немедленная изоляция больных и контактных
- сжигание трупов
- при подозрении на чуму – комплекс чрезвычайных мер: предупреждение завоза чумы из-за рубежа.

При попадании больного пациента в поликлинику: немедленно сообщить главврачу, противочумные костюмы, больной не покидает кабинет, закрывают поликлинику, полная дезинфекция.