Государственное бюджетное профессиональное

 образовательное учреждение Ставропольского края

«Кисловодский медицинский колледж»

 Утверждено

на заседании методического совета

протокол №\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г

 Начальник отдела ОМР Чернышева С.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Методическое пособие**

 **по теме «Сестринский уход при гриппе»**

 МДК 02.01Сестринский уход при инфекционных заболеваниях

для специальностей 34.02.01 «Сестринское дело»

Согласовано Рассмотрено

методист Григорьян М.Б. на заседании ЦМК № 1

 ------------------------------- протокол №\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022г. «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Председатель ЦМК № 1

 Фенева А.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Выполнила

 преподаватель высшей

 квалификационной категории

 Иванова Е.Т..--------------------

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022г.

 Г. Кисловодск 2021-2022 уч. год

 **СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

Стандарты

Памятка для студентов.

**ГЛАВА 1. Лекция по теме: «ГРИПП»**

1.1 Этиология и эпидемиология. 1.2 Патогенез. 1.3 Клиническая картина. 1.4 Диагностика гриппа.

1.5 Лечение и профилактика гриппа

**ГЛАВА 2. Уход за больными гриппом**

2.1.Уход за больными гриппом

**ГЛАВА 3. Алгоритмы забора материала от больного при гриппе**  3.2 Алгоритм забора смыва из зева и носа

3.3 Алгоритм забора крови на парные сыворотки

**ГЛАВА 4. Профилактика внутрибольничной инфекции.**

4.1 Дезрежим в отделении капельных инфекций

4.2 Приказ № 345, ОСТ №42-21-2-85 4.3 Профилактика гриппа

**ГЛАВА 5. Контроль усвоения темы: « Грипп»**

 5.1 Ситуационные задачи. Специальность «Сестринское дело».

5.2 Тестовый контроль. Специальность «Сестринское дело».

**ГЛАВА 6. Эталоны ответов по контролю усвоения темы** 6.1 Эталоны ответов к ситуационной задаче «Сестринское дело» . 6.2 Эталоны ответов на тесты «Сестринское дело».

**Список использованной литературы**.

 **ВВЕДЕНИЕ**

 Учебно - методическое пособие по теме: «Грипп» предназначено для ПМ 02Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационных процессах МДК 02.01Сестринский уход при инфекционных заболеваниях для специальностей 34.02.01 «Сестринское дело»

 Учебно-методическое пособие представляет собой сборник материалов, необходимых для изучения данной темы. В пособие включены материалы по основным разделам гриппа. Материал изложен в соответствии с требованиями государственных образовательных стандартов.

 В пособие включены: лекционный материал, алгоритмы по диагностике и профилактике гриппа. В пособии представлен ряд тестовых заданий, ситуационных задач. В разделе « Проверь себя» даны эталоны ответов, которые студент может использовать для самоконтроля.

 Мотивацией для написания данного пособия является актуальность проблемы гриппа, с которой сталкивается практическое здравоохранение,   Актуальность проблемы:  Заболевания грипп и ОРВИ занимают первое место по частоте и количеству случаев в мире и составляет 95% всех инфекционных заболеваний. В России ежегодно регистрируется около 50 млн. случаев инфекционных заболеваний. До 90% случаев (от 27,3 до 41,2 млн. заболевших) из регистрируемой инфекционной заболеваемости приходится на ОРВИ и грипп.

   Ежегодная смертность вследствие осложнений гриппа составляет 7,5–23 на 100 000 населения, причем большая часть летальных исходов приходится на лиц старше 65 лет

  Ежегодный высокий уровень заболеваемости населения гриппом и ОРВИ представляет собой тяжелое экономическое бремя для бюджета стран всего мира

 **СТАНДАРТЫ 34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО**

 **Студент должен уметь:**

1. готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам

2. осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях

3. консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств

4. осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий

5. осуществлять фармакотерапию по назначению врача

6. проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры

7. проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента

8. осуществлять паллиативную помощь пациентам

9. вести утвержденную медицинскую документацию

 **Знать:**

1. причины ,клиника, возможные осложнения, методы диагностики, проблемы пациента, организацию и оказание сестринской помощи при нарушениях здоровья;

2. пути введения лекарственных препаратов;

3. виды, формы и методы реабилитации;

4. правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

 **СТАНДАРТЫ 34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО**

 **Общекультурные компетенции**

OK 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

 **Профессиональные компетенции**

ПК 2.1 Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК2.2 Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.4 Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.6 Вести утвержденную медицинскую документацию.

 **ПАМЯТКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

 При изучении данного пособия рекомендуется выполнить

 следующие действия:

1.Ознакомиться состандартами  по теме: «Грипп» 2. Прочитать лекционный материал. 3. Изучить графологическую структуру. 4. Выучить алгоритмы по диагностике, выполнению манипуляций: - забор смыва из зева и носа , забор крови на парные сыворотки

5. Знать мероприятия по профилактике ВБИ: дезрежим в отделении капельных инфекций, ОСТ, приказ № 345. 6. Решить тесты, ситуационные задачи. 7. Сверить свои ответы с эталонами в графе «Проверь себя».

 8. Изучить сестринский уход при гриппе.

 **ГРАФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА:**

**ГРИПП**

 **ЭТИОЛОГИЯ:** Возбудитель –РНК вирус, выделены 3 вида

 вирусов: А.В.С

 погибает при кипячении

 и под действием 1% дез. раствора

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:** Источник инфекции: больной человек,

 Мех-м передачи: воздушно-капельный

 Сезонность: холодное время года.

 Вызывают эпидемии и пандемии.

 **ПАТОГЕНЕЗ** Входные ворота: слизистые полости рта и носа.

 Вирус проникает в кровь, вирусемия в течение 2

 недель. Поражается нервная и сердечно-

 сосудистая система

 **КЛИНИКА:** Инкубационный период – от 1 до 2 дней.

 Выделяют интоксикационный синдром и

. катаральный

 **ОСЛОЖНЕНИЯ**  пневмония, поражения Лор-органов, радикулиты

 **ДИАГНОСТИКА:** Эпидемиологический анамнез.

 Клинические данные.

 Лабораторная диагностика: кровь на парные

 сыворотки, смыв из зева и носа

 **ПРОФИЛАКТИКА** : Вакцинация, противовирусные препараты

 **ЛЕЧЕНИЕ:** Постельный режим, противовирусная

 терапия, жаропонижающие средства

 дезинтоксикационная терапия.

.

 **ГЛАВА 1. ЛЕКЦИЯ: «ГРИПП»**

**Грипп** - острая респираторная антропонозная инфекция, вызываемая вирусами типов А, В и С, протекающая с развитием интоксикации и поражением эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, чаще трахеи. Заболевание склонно к быстрому и глобальному распространению.

**Краткие исторические сведения**

Впервые заболевание описано Э. Паскье (1403). С этого времени зарегистрировано 18 пандемий гриппа, преобладающая часть которых зарождалась на Азиатском континенте. Вирусная этиология заболевания (вирус гриппа типа А) установлена в 1931-1936 гг. (Смит В., Эндрюс К., Лейдлоу П., Смородинцев А.А., Зильбер Л.А.). Позднее Т. Френсис и Т. Меджилл выделили вирус гриппа типа В (1940), а Р. Тейлор - вирус типа С (1947).

**Этиология**

Возбудитель - РНК-геномный вирус рода *Influenzavirus*семейства *Orthomyxoviridae.*Известно три типа вирусов - А, В, С. Тип вируса определяет набор внутренних антигенов, проявляющих слабую иммуногенность. Вирусы гриппа типа А поражают человека, некоторые виды животных (лошадей, свиней и др.) и птиц. Вирусы гриппа типов В и С патогенны только для людей.

Поверхностные Аантигены вирусов гриппа - гемагглютинин и нейраминидаза. Они играют важную роль в формировании иммунного ответа организма при гриппе и позволяют разделить вирус гриппа типа А на подтипы H1N1, H3N2 и др. Вирус типа А обладает наиболее выраженными вирулентными свойствами и склонен к эпидемическому распространению.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Особенность вирусов гриппа - их способность к антигенной изменчивости. Она может реализовываться путём «дрейфа» (частичная изменчивость антигенных детерминант) или «шифта» (полное замещение фрагмента генома, кодирующего синтез гемагглютинина или нейраминидазы). |

Наиболее часто «дрейф» происходит у вируса гриппа типа А, но встречается и у типа В. Антигенный «шифт» - специфическая особенность вируса гриппа типа А, приводящая к появлению его новых подтипов. Высокая изменчивость вирусов гриппа объясняет непредсказуемость эпидемий заболевания.

Вирус типа С менее изменчив и вызывает лишь небольшие эпидемические вспышки. Вирус гриппа может сохраняться при температуре 4 °С в течение 2-3 нед, прогревание при температуре 50-60 "С вызывает инактивацию вируса в течение нескольких минут, дезинфектанты быстро инактивируют вирус.

**Эпидемиология**

*Резервуар и источник инфекции*- человек с явными и стёртыми формами болезни. Эпидемиологическую опасность больного человека определяют количество вирусов в отделяемом верхних дыхательных путей и выраженность катарального синдрома. Контагиозность максимальна в первые 5-6 дней болезни. Длительное выделение вируса наблюдают у немногих больных с тяжёлым или осложнённым течением заболевания. Наличие и эпидемиологическое значение скрытого виру-соносительства при гриппе не доказаны. Вирус серотипа А выделен также от свиней, лошадей и птиц. Возможность спорадического заражения человека вирусом гриппа животных неоднократно чётко документировали в отношении вируса гриппа свиней в США и во время локальной вспышки, вызванной «куриным» вирусом гриппа A (H5N1) в Гонконге в 1997 г. В настоящее время существует предположение о роли перелётных птиц в эпидемическом процессе гриппа. Возможно, что при эпизоотии гриппа среди птиц, реже млекопитающих (свиней, лошадей и др.) формируются новые антигенные варианты вируса, поражающие затем человека.

*Механизм передачи -*аэрозольный, *путь передачи*- воздушно-капельный. Вирус выделяется с каплями слюны, слизи и мокроты при дыхании, разговоре, плаче, кашле и чихании. Сохранение вируса гриппа в воздушной среде зависит от степени дисперсности аэрозоля, содержащего вирусные частицы, а также от воздействия на него света, влаги и нагревания. Не исключена возможность инфицирования бытовым путём через инфицированные предметы обихода.

*Естественная восприимчивость людей*высокая, но имеет индивидуальные колебания; восприимчивость к новым серотипам возбудителя особенно выражена. Материнские противогриппозные антитела выявляют у детей, находящихся на естественном вскармливании, до 9- 10-го месяца, а у находящихся на искусственном - только до 2-3 мес. Однако они не в состоянии предохранить от заболевания. При вспышках гриппа в родильных домах новорождённые заболевают чаше и болеют тяжелее, чем их матери. Постинфекционный иммунитет при гриппе, вызванном вирусом типа А, длится 1-3 года, а вирусом типа В - 3-4 года. Формирующаяся клеточная иммунологическая память, особенно после повторного контакта с тем или иным подтипом вируса гриппа, сохраняется длительное время.

*Основные эпидемиологические признаки.*Болезнь распространена повсеместно и проявляется в виде вспышек и эпидемий, охватывающих значительную часть восприимчивого населения, что представляет серьёзную социальную и медицинскую проблему. На долю гриппа и ОРВИ приходится 90-95% всех заболеваний инфекционной природы. Периодически (через каждые 2-3 года) возникают пандемии гриппа, связанные с формированием новых антигенных вариантов вируса. Главным образом это касается вируса гриппа А. Эпидемии гриппа В распространяются медленнее и поражают не более 25% населения. Грипп С регистрируют как спорадические случаи. Заболевания регистрируют в течение всего года, они значительно учащаются в осенне-зимний период, чему способствуют скученность населения и влияние климатических факторов. Смертность от самого гриппа невелика, однако смертность от гриппа, других ОРВИ и острой пневмонии, являющейся наиболее частым и опасным постгриппозным осложнением, у детей до 1 года составляет 30% общей смертности и 90% смертности от инфекционных болезней, а у детей до 2 лет - 15% общей смертности. Следует иметь в виду, что грипп отягощает течение хронических заболеваний, приводя к так называемым дополнительным соматическим заболеваниям и смертности населения, достигающей наибольших показателей по сердечно-сосудистым заболеваниям, нарушениям кровообращения мозга и поражениям лёгких. Экономические потери от гриппа составляют миллиарды рублей только за одну эпидемию.

Быстрому распространению гриппа способствуют короткий инкубационный период, аэрогенный путь передачи, высокая восприимчивость людей к гриппу, а также социальные условия жизни населения, в первую очередь характер современных транспортных средств, обеспечивающих быстрое передвижение населения и тесный контакт не только между соседними странами, но и между континентами. За последние 120 лет пандемии гриппа зарегистрированы в 1889, 1918, 1957 и 1968 гг. В зависимости от места первичного распространения эпидемические варианты вируса гриппа получают обычно названия соответствующей географической территории или страны. Интенсификация механизма передачи возбудителя приводит к росту заболеваемости, увеличению частоты и тяжести эпидемий, увеличению частоты антигенных изменений вирусов гриппа и одновременной циркуляции нескольких антигенных вариантов. Происходят интенсивное «проэпидемичивание» населения и нарастание вследствие этого коллективного иммунитета, а при гриппе А за счёт одновременной циркуляции разных сероподтипов вирусов и их вариантов - повышение «качества» иммунитета. Когда коллективный иммунитет достигает достаточно высокого уровня, интенсивность эпидемического процесса снижается.

**Патогенез**

После аэрогенного попадания на слизистые оболочки проводящих дыхательных путей (гортани, трахеи и бронхов) вирус гриппа, отличающийся эпителиотроп-ностью, размножается в клетках однослойного многорядного эпителия. Под действием нейраминидазы вируса оголяются базальные клеточные мембраны, развиваются явления дегенерации в цитоплазме и ядрах поражённых эпителиоцитов, заканчивающиеся некрозом и отторжением клеток. Эти процессы облегчают накопление различных бактерий в слизистой оболочке носоглотки и бронхов и способствуют присоединению вторичных бактериальных инфекций, усиливающих воспалительные и аллергические реакции. Воспалительные изменения слизистой оболочки развиваются по типу «сухого катара» без выраженных продуктивных реакций. Воспаление активизируется вследствие макрофагальных процессов, направленных на локализацию и уничтожение вируса, но сопровождающихся гибелью макрофагов. Факторы внешней среды (например, переохлаждение) способствуют нарушению функций обкладочных (слизистых и бокаловидных) клеток.

Вирус быстро репродуцируется, что объясняет непродолжительность инкубационного периода при гриппе.

Поражение лёгочных альвеол не характерно для гриппа, чаще его наблюдают у детей вследствие возрастных особенностей строения органов дыхания (короткие гортань и трахея), пожилых людей и лиц с иммунодефицитными состояниями. Разрушение базальных мембран альвеол лежит в основе возможного развития тромбогеморрагического синдрома (геморрагического отёка лёгких).

[**1**](https://www.eurolab.ua/encyclopedia/323/2164/)

Вместе с тем на уровне слизистой оболочки дыхательных путей включаются процессы, препятствующие дальнейшему распространению вируса: синтез ИФН инфицированными клетками, накопление секреторных IgA и неспецифических термолабильных ß-ингибиторов. Борьбе макроорганизма с возбудителем способствует лихорадочная реакция, повышающая активность синтеза антител и ИФН, а также Т-киллеров, уничтожающих поражённые вирусом клетки.

Преодолевая указанные защитные барьеры, вирус проникает в кровь. Вирусемия начинается ещё в инкубационный период и длится от нескольких дней до 2 нед. Вирус не обладает собственными токсинами, поэтому интоксикация при гриппе обусловлена в первую очередь накоплением эндогенных биологически активных веществ (ПГЕ2, серотонина, гистамина). Воздействие гемагглютинина вируса проявляется поражением эритроцитов, активизацией внутрисосудистого тромбообразования с развитием ДВС-синдрома.

Развитие синдрома интоксикации и токсико-аллергических реакций, воздействие гемагглютинина возбудителя и накапливающихся при распаде клеток биологически активных веществ приводят к нарушениям реологических свойств крови, а в некоторых случаях - к развитию инфекционно-токсического шока.

Возможно гематогенное проникновение вирусов в различные органы и системы: сердце, почки, мышцы, ЦНС. Расстройства микроциркуляции, а также электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния в этих органах могут лежать в основе развития отёка мозга и лёгких, дистрофических изменений в миокарде. Нарушения церебральной гемодинамики с явлениями отёка в различных отделах ткани мозга ведут к расстройствам деятельности ЦНС, вегетативной нервной системы и опосредованным нарушениям других систем организма (сердечно-сосудистой, эндокринной и т.д.).

**Клиническая картина**

Инкубационный период короткий - от нескольких часов до 3 дней. Заболевание может протекать в виде лёгких, среднетяжёлых и тяжёлых вариантов неосложнённой формы либо приобретать осложнённое течение. В клинической картине неосложнённого гриппа выделяют три ведущих синдрома: интоксикационный, катаральный и геморрагический.

*Интоксикационный синдром*является ведущим и характеризуется острым началом заболевания, быстрым (в течение нескольких часов) повышением температуры тела от субфебрильной до 40 °С и выше, сопровождающимся ознобом. Больные жалуются на головную боль, преимущественно в лобно-орбитальной области, выраженную общую слабость, разбитость и недомогание. Нередко отмечают миалгии, развивающиеся вследствие нарушений микроциркуляции и обменных процессов в мышцах, а также артралгии и головокружение. Также возможны обморочные состояния и судорожный синдром (чаще у детей).

Интенсивность головной боли варьирует от умеренной (у пожилых лиц часто диффузной) до резкой, сочетающейся с бессонницей, галлюцинациями, многократной рвотой. Лихорадка достигает максимума через 1 сут от начала заболевания, на 2-4-й день болезни может снижаться, иногда она носит двухволновой характер с последующим резким повторным повышением и нормализацией на 5-й день болезни.

Развиваются гиперемия лица и конъюнктив, склерит, возможно «обмётывание» губ в результате активации герпетической инфекции. Кожные покровы горячие, сухие. В результате диффузного поражения миокарда и его гипоксии тоны сердца становятся приглушёнными, иногда прослушивается систолический шум на верхушке сердца. Возникает тахикардия или нормокардия (иногда брадикардия). Наблюдают склонность к артериальной гипотензии.

*Катаральный синдром*развивается несколько позже, в ряде случаев он выражен слабо или отсутствует. Присоединяются жалобы на сухость, першение в горле и болезненность в носоглотке, заложенность носа. Отмечают застойную гиперемию, сухость, набухание и отёк слизистой оболочки носоглотки. Носовое дыхание затруднено; в первые дни болезни отделяемое скудное или вообще отсутствует, в последующем появляются серозные, слизистые или сукровичные выделения из носа. Характерны ларинготрахеит и бронхит, проявляющиеся саднением и болью за грудиной, учащением дыхания, сухим кашлем, нарастающим по интенсивности. Во время кашля возможны рвота и сильные мышечные боли в верхних отделах живота и подреберьях.

*Геморрагический синдром*проявляется лишь в 5-10% случаев. На фоне гиперемированной, с цианотичным оттенком, зернистой слизистой оболочки ротоглотки возможны точечные кровоизлияния. В некоторых случаях отмечают носовые кровотечения. Возможны тяжёлые проявления этого синдрома при развитии острого геморрагического отёка лёгких.

Клинические проявления со стороны органов брюшной полости и мочеполовой системы не свойственны гриппу или носят рефлекторный характер. У детей раннего возраста как следствие интоксикации и микроциркуляторных нарушений возможны расстройства кишечника. Понятие «кишечный грипп» несостоятельно; у взрослых больных диарея возможна при обострениях сопутствующих хронических заболеваний ЖКТ. Развитие гепатолиенального синдрома при гриппе не наблюдают.

Длительность заболевания обычно не превышает 3-5 дней, хотя выраженная астения может сохраняться значительно дольше.

Грипп может протекать в атипичной, более лёгкой форме, а также сочетаться с другими вирусными инфекциями, вызванными аденовирусами, энтеровирусами, парамиксовирусами, респираторно-синцитиальным вирусом (у детей) и др. В таких случаях диагностика гриппа только на основании клинической симптоматики оказывается затруднительной.

**Дифференциальная диагностика**

Грипп дифференцируют со многими заболеваниями, протекающими с лихорадочным синдромом, и прежде всего с другими острыми респираторными инфекциями. При этом принимают во внимание характерные клинические проявления гриппа: быстрое (в течение нескольких часов) повышение температуры тела с ознобом, миалгиями, артралгиями и гиперестезиями, преимущественно лобно-орбитальную локализацию головной боли, гиперемию лица и склерит, заложенность носа и отсутствие насморка в первые дни болезни, короткий (не более 3-5 дней) лихорадочный период.

**Лабораторная диагностика**

Возможно вирусологическое выделение вируса из отделяемого носоглотки, бронхов и трахеи, однако на практике его не проводят. Экспресс-диагностику выполняют с помощью реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), а также ИФА, выявляющего Аг вируса в мазках, взятых со слизистой оболочки нижних носовых раковин. При этом применяют диагностические сыворотки только против данного штамма вируса.

Ретроспективную серологическую диагностику проводят с помощью РТГА, РСК, РНГА, ИФА. Реакции ставят с парными сыворотками, взятыми на 4-5-й день болезни и через 5-7 сут после этого. Диагностическим считается нарастание титров антител не менее чем в 4 раза.

**Осложнения**

Осложнения гриппа многочисленны и могут быть разделены на две категории - ранние, патогенетически обусловленные, и осложнения, вызванные вторичной бактериальной флорой. Тяжёлые и осложнённые формы могут возникать у всех людей, но особенно характерны для детей, а также пожилых лиц, страдающих хроническими заболеваниями лёгких и сердечно-сосудистой системы.

Ранним, но, к счастью, очень редким осложнением при тяжёлом течении гриппа на фоне резкой интоксикации может стать острый геморрагический отёк лёгких. Он характеризуется быстро нарастающей одышкой, цианозом, кровянистой, иногда пенистой мокротой, отсутствием или Незначительной выраженностью притупления перкуторного звука, очагами затенения на рентгенограмме. Дыхательная недостаточность, гипоксическая кома и одновременно развивающийся коллапс ведут к летальному исходу. Патогенетически обусловленными осложнениями гриппа также могут быть инфекционно-токсический шок, серозные менингиты, арахноидиты, менингоэнцефалиты, энцефалопатии, отёк мозга.

Среди осложнений, связанных с вторичной бактериальной флорой, наиболее часты пневмонии. В начальный период гриппа их считают вирусно-бактериальными (стафилококковые или стрептококковые пневмонии на фоне выраженной гриппозной интоксикации). Они отличаются деструктивным характером и могут провоцировать кровотечения, отёк лёгких, развитие инфекционно-токсического шока. В конце первой или начале 2-й недели болезни развиваются бактериальные постгриппозные пневмонии интерстициального или очагового характера. Они легче диагностируются и поддаются лечению антибиотиками, однако у пожилых лиц могут принимать сливной псевдолобарный характер.

Кроме того, грипп может быть осложнён синуситом или отитом (в основном у детей), бронхитом, миозитом, пиелоциститом, реже пиелонефритом иммунокомплексного генеза, миокардитом и перикардитом, септическими состояниями (криптогенным сепсисом).

Часто наблюдают обострения ранее имевшихся у больного хронических заболеваний - сахарного диабета, бронхиальной астмы и других; в основе патогенеза некоторых из них лежат проявления ДВС-синдрома при гриппе. В период эпидемий учащаются случаи инсультов и инфарктов миокарда, острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. У беременных может возникнуть угроза прерывания беременности.

**Лечение**

Госпитализацию больных проводят по клиническим и эпидемиологическим показаниям:

* в случаях тяжёлого и (или) осложнённого гриппа;
* при гриппе средней тяжести у больных с неблагоприятным преморбидным фоном;
* при заболеваниях в общежитиях, школах-интернатах, детских домах.

В остальных случаях лечение проводят на дому.

Необходимо обеспечить больному постельный режим в течение всего лихорадочного периода, полноценное питание и обильное питье (чай, соки, молоко, отвары шиповника и липового цвета). Как средство этиотропной терапии назначают ремантадин: в первый день по 100 мг 3 раза в день, во 2-й и 3-й дни - по 100 мг 2 раза в день. Ремантадин противопоказан детям до 14 лет, беременным, лицам с острыми или обострившимися хроническими заболеваниями печени и почек. Может быть применён озельтамивир, обладающий антинейраминидазной активностью (по 75 мг 2 раза в сутки курсом 5 дней). Оба препарата эффективны при их назначении не позднее первых 2 дней болезни.

Антибактериальные препараты (антибиотики широкого спектра действия) при гриппе назначают лицам пожилого возраста с хроническими заболеваниями дыхательной системы, а также больным с иммунодефицитами. Во всех остальных случаях лёгкого и среднетяжёлого неосложнённого гриппа они не показаны.

Патогенетическая терапия включает назначение аскорбиновой кислоты, рутина, глюконата кальция, антигистаминных препаратов в обычных терапевтических дозах. Жаропонижающие средства рекомендуют лишь при повышении температуры тела более 38,5 °С, применение аспирина в этих случаях требует осторожности из-за возможности развития астматического компонента, а также синдрома Рея у детей.

Тяжёлые формы гриппа требуют расширения патогенетической терапии. Для дезинтоксикации применяют внутривенные капельные инфузии реополиглюкина или гемодеза в дозе 200-400 мл, поляризующих смесей (1-1,5 л). К вводимому раствору добавляют 2,4% раствор эуфиллина (5-10 мл), 5% раствор аскорбиновой кислоты (10-15 мл), 1% раствор димедрола (1 мл), 40 мг фуросемида. При начинающемся отёке мозга или лёгких дозу фуросемида увеличивают до 40-60 мг, внутривенно вводят преднизолон (300 мг/сут и более). Дозы препаратов зависят от выраженности отёка мозга или лёгких, степени инфекционно-токсического шока. При сердечной недостаточности назначают 10% раствор сульфокамфокаина, панангин, кокарбоксилазу.

Одновременно следует проводить оксигенотерапию, коррекцию нарушений кислотно-щелочного состояния, следить за проходимостью дыхательных путей, проводить аспирацию мокроты и слизи.

**Эпидемиологический надзор**

Решающие моменты, необходимые для своевременного проведения противоэпидемических мероприятий:

* систематическое слежение за антигенной структурой циркулирующих возбудителей;
* быстрое обнаружение новых вариантов вируса;
* оперативная оценка эпидемиологической ситуации;
* краткосрочное и долгосрочное прогнозирование её развития.

Надзор за гриппом осуществляют на международном и национальном уровнях. О начале эпидемии гриппа судят по превышению регистрируемых показателей расчётного эпидемического порога. Слежение за циркулирующими штаммами вируса с применением современных методов молекулярной биологии позволяет корректировать состав вакцин против гриппа и модифицировать диагностические тестовые системы.

**Профилактические мероприятия**

Массовая иммунопрофилактика существенно снижает заболеваемость гриппом, особенно при совпадении антигенной структуры вакцинного и «дикого» вирусов гриппа. Для этих целей применяют живые инактивированные цельновирионные, субъединичные и сплит-вакцины.

Кроме того, в негосударственных медицинских учреждениях для иммунизации населения на коммерческой основе предлагают вакцины, зарегистрированные в установленном порядке.

 **АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ**

 **ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ СНИЖЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ**

 **МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ**

1. Больного раскрыть.
2. Растереть кожные покровы растиркой. Растирание производить рукой, нельзя пользоваться марлей, ватой. Нельзя растирать лимфатические узлы и молочные железы. При правильно проведенной манипуляции кожные покровы порозовеют, усилится теплоотдача, температура начнет снижаться.
3. На крупные сосуды положить пузырьки со льдом, предварительно обернув их марлей.
4. К голове подвесить пузырь со льдом.
5. На область печени положить салфетку, смоченную холодной водой.
6. Поставить холодную очистительную клизму.

 **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

1. По назначению врача внутрь: пенталгин, парацетамол, ибуклин.
2. Введение литических смесей: а) р-р анальгина 50%-2,0 б) р-р димедрола 1%=2,0 в) р-р аминазина 2,5%-1,0 Г) р-р пипольфена 2,5%- 1,0 д) р-р новокаина 0,5%-2,0 е) р-р дроперидола 2,0 ж) р-р седуксена 2,0

Свечи с цефеконом или парацетамолом в прямую кишку.

 **НЕЙРОТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

**ПРИЧИНА**: прямое токсическое воздействие продуктов распада и токсинов микроорганизмов на ЦНС. Развивается нарушение микроциркуляции в сосудах мозга, возникает отек мозга, кровоизлияния и очаговые некрозы нервной ткани, Чаще нейротоксикоз возникает у детей до 3-х лет при острых вирусных и бактериальных инфекциях. **КЛИНИКА**: рвота, не связанная с приемом пищи, выраженное возбуждение, которое сменяется угнетением, а затем потерей сознания вплоть до коматозного состояния. Типичны генерализованные клонико-тонические судороги на фоне мышечного гипертонуса. При гипертоксической форме нейротоксикоза характерна гиперпирексия 40-41 градус, которая не снижается антипиретиками. У детей могут развиться явления менингизма. При отсутствии адекватной терапии нарушения распространяются на ССС: тахикардия свыше 200 в 1 мин, коронарная недостаточность; на почки: с нарушением фильтрации и концентрации. При шоке тахикардия сменяется брадикардией, парез сфинктеров, олигурия.

**ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ**  Применение нейролептических средств, гормонов, антигистаминных препаратов, литических смесей; --10% ГОМК в/в и в/м 50-150мг/кг -2% гексенал -0,5% седуксен -увлажненный кислород. После купирования судорог фенобарбитал внутрь в возрастной дозировке. При гипертермическом синдроме медикаментозные и физические методы охлаждения. При отеке мозга: -мочегонные средства: 1% р-р лазикса в/в -15% р-р маннитола 2,4% эуфиллина При нарушении периферического кровообращения: - глюкозо- солевые растворы - преднизолон коротким курсом - сердечные гликозиды: строфантин или коргликон

**ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ РОЖЕЙ** 2. Второй этап сестринского ухода – определение проблем пациента (сестринский диагноз). Сестринский диагноз - это состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательств со стороны сестры

 1. Настоящие проблемы пациента :

* нарушение двигательной активности из-за мышечной слабости;
* не может обслуживать себя из-за общей слабости и необходимости соблюдать постельный режим;
* высокая температура
* интенсивная головная боль в лобной и височных областях
* одышка инспираторного характера
* сухой навязчивый кашель
* сжимающие боли за грудиной
* головокружение
* тошнота
* прерывистый сон
* снижение аппетита
* отсутствие навыков рационального питания
* повышенная потливость
* страх за свое здоровье, беспокойство о будущем.

2. Приоритетная проблема-гипертермия и головная боль

3.. Потенциальные проблемы: при несвоевременном и неправильном лечении возможно присоединение осложнений:

* высокий риск развития пневмонии
* синуситы
* нейротоксикоз
* менингоэнцефалиты
* радикулиты
* коллапс
* геморрагический синдром

 3. Третий этап сестринского ухода – постановка целей сестринских вмешательств. После обследования, установления диагноза и определения первичных проблем пациента сестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки.

 Краткосрочные цели:

* нормализовать температуру;
* уменьшить явления токсикоза;
* пациент отметит улучшение – прекратится головная боль.
* Уменьшится и станет продуктивным кашель.
* Быстрое уточнение и подтверждение диагноза.
* Действия, направленные на облегчение состояния больного и предупреждение распространения заболевания.

 Долгосрочная цель: при сохраняющейся слабости пациент будет адаптирован к жизни в домашних условиях к моменту выписки, профилактика осложнений. Добиться полного выздоровления больного, восстановления всех функций организма.

 4. Четвертый этап сестринского ухода – планирование и реализация сестринских вмешательств. Далее медсестра осуществляет независимые и зависимые вмешательства.

 Независимое вмешательство:

1. Подача экстренного извещения в Госсанэпиднадзор - прекращение распространения инфекции.
2. Опрос больного и проведение забора материала для лабораторных исследований – для четкой постановки диагноза.
3. Соблюдение лечебно-охранительного режима – предотвращение осложнений.
4. Ограничение физической нагрузки в остром периоде болезни.
5. Постельный режим для профилактики осложнений.
6. Обеспечение приема легкоусвояемой пищи в небольшом количестве через каждые 3 – 4 часа - для лучшего переваривания и усвоения пищи.
7. Обеспечение пациенту приема жидкости в большом количестве - с целью уменьшения интоксикации.
8. Наблюдение за больным:

 - температурой тела больного с отметкой в температурном листе,

 -ежедневная термометрия 2 раза в день;

 - ежедневное наблюдение за состоянием больного, его осмотр;

 для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной

 помощи в случае возникновения осложнений;

1. Соблюдение санэпидрежима:

.

* Дезинфекция предметов обихода больного 1% дезинфицирующим раствором.
* Тщательная дезинфекция рук персонала, масочный режим – профилактика внутрибольничной инфекции.
* Контроль проведения уборки палат 2 раза в день с применениемдезсредств (2% растворы) - соблюдение санэпидрежима.
* Кварцевание по графику – профилактика внутрибольничной инфекции.
1. Обсуждение с пациентом тяжести его состояния, необходимости соблюдения всех рекомендаций – для скорейшего выздоровления.
2. Проведение беседы с родственниками об особенностях лечебного стола и характере передач - для быстрейшего выздоровления и ограничения механической нагрузки на кишечник.
3. Гигиенические процедуры:
* обеспечение смены постельного и нательного белья по мере загрязнения для поддержания личной гигиены больного;
* Профилактика пневмонии: дыхательная гимнастика, проводимая

пациентом в кровати, постельный комфорт с приподнятым головным

 концом кровати;

1. Проветривание помещения перед сном; последний прием пищи должен быть проведен за 3-4 ч до сна. Избегать психологических нагрузок.

 Зависимые вмешательства.

 Направлены на полное выздоровление больного путем четкого и своевременного выполнения назначений врача:

1. Противовирусная терапия: арбидол.
2. Помощь при гипертермии: парацетамол, ибуклин, литические смеси.
3. Организация своевременного приема лекарств, проведение внутримышечных и внутривенных инъекций – добиться улучшения состояния больного.
4. Оказание помощи при возникновении осложнений – неотложная помощь при развитии инфекционно-токсического шока, коллапса, дыхательной недостаточности.

 5. Пятый этап сестринского ухода - оценка эффективности сестринских вмешательств. Запланированные независимые и зависимые вмешательства выполнены, цели достигнуты.

 По данным ежедневного осмотра пациента:

1. Пациент отмечает нормализацию температуры, демонстрирует знания о мерах профилактики инфекции. Цель достигнута.

2. Пациент справляется с повседневной деятельностью с помощью сестры, отмечает значительное улучшение самочувствия, демонстрирует знание о соблюдении режима, диеты, личной гигиены. Цель достигнута.

 При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется

**ГЛАВА 3. АЛГОРИТМЫ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА ОТ БОЛЬНОГО ПРИ**

**РОЖЕ**

**Смыв из зева и носа на наличие вируса: показания, техника проведения.**

**Показание**: подозрение на грипп и ОРВИ.

**Цель:** выделить вирус и подтвердить диагноз.

**Оснащение**: штатив, 2 пробирки со стерильными стержнями и ватными тампонами пробирки промаркированы: «зев», «нос», 10 мл стерильный 0,9% изотонический р-р. шпатель, стерильный лоток, направление в вирусологическую лабораторию.

**Обязательное условие:** забор производится в первые дни заболевания;

забор производиться утром натощак, до гигиенической обработки полости рта, до начала лечения

|  |
| --- |
|  Подготовка к манипуляции  |
|  Этапы  | Мотивация |
| 1. Вымыть руки, осушить, надеть перчатки, маску. |  Профилактика биоаварии; |
| Выполнение манипуляции: |
| 3. Усадить больного на стул | подготовка к смыву |
| 4. Извлечь стержень из пробирки «рот» и смочить тампон в изотоническом растворе, попросить больного открыть рот | Выполнение последовательности действий; |
| 5. Шпателем фиксировать корень языка | Доступ к миндалинам |
| 6. Свести стержень со смоченным тампоном в зев и круговым движением произвести смыв с миндалин и дужек | Соблюдение техники смыва |
| 7. Аккуратно извлечь стержень, не касаясь тампоном слизистой рта | Соблюдение стерильности |
| 8. Стержень отпустить в пробирку с маркировкой «З» | Подготовка к транспортировке |
| 9. Вторым смоченным в стерильном изотоническом растворе тампоном произвести смыв из левой и правой половины носа и опустить в пробирку с маркировкой «Н» | Провести полное обследование для подтверждения диагноза ОРВИ |
| 10. Обе пробирки с направлением отправить в вирусологическую лабораторию. | Провести лабораторное исследование |
| 11. В лаборатории проводится посев на куриный эмбрион или определение вируса под электронным микроскопом. | Для выделения вируса. |

Это два прямых метода диагностики: бактериологический и микроскопический. Цель достигнута, диагноз подтвержден

**Алгоритм: забор крови на парные сыворотки**

**Показание:** подозрение на Грипп и ОРВИ

**Цель:** получив рост титра антител во втором заборе, подтвердить диагноз

**Оснащение**: штатив,2 стерильные конусовидные пробирки с маркировкой «З» и «Н», стерильные ватные тампоны со спиртом, валик, жгут, салфетка ,стерильный лоток, шпатель, 3% р-р раствором хлорамина, направление в вирусологическую лабораторию, контейнер.

Обязательное условие: при отрицательных прямых методах диагностики подключается косвенный метод диагностики, кровь на реакцию агглютинации. 1-й забор в 1-2день заболевания, повторный на 8-10 день.

 **Подготовка к манипуляции**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Этапы:** |  **Мотивация:** |
| 1.Вымыть руки, осушить, надеть перчатки.2.Объяснить пациенту ход манипуляции | 1.Обеспечение инфекционной безопасности. 2.Имеет право на информацию2.Имеет право на информацию |
|  **Выполнение** | **манипуляции;** |
| 1.На нижнюю треть плеча наложить салфетку под локоть положить валик, наложить жгут. Нагнетаем кровь в вену, просим зажать кулак. | 1. Подготовка вены к венепункции |
| 2.Обрабатываем кожу 2-мя ватными тампонами со спиртом: большую поверхность и место венепункции. | 2.Соблюдение стерильности  |
| 3.Вскрываем шприц и под углом 30-40 гр. производим венепункцию, набираем 5 мл крови в центрифужную пробирку. | 3.Техника венепункции |
| 4.Развязываем жгут, фиксируем ватным тампоном со спиртом место венепункции, выходим из вены, больной сгибает руку в локтевом суставе на 5 мин. | 4.Профилактика образования гематомы. Время свертывания крови |
| 5.Тампон и шприц в неразобранном виде опускаем в 3% раствор хлорамина. | 5.Этап дезинфекции |
| 6.Кровь выливаем в стерильную пробирку, помещаем в контейнер. С направлением отправляем в вирусологическую лабораторию |  6.Соблюдение правил транспортировки |
| 7. В лаборатории проводится реакция  агглютинации. | 7.Для подтверждения диагноза |
| **Заключение: если во втором заборе титр антител будет выше чем в первом****Цель достигнута, диагноз подтвержден. Это косвенный метод диагностики** |

 **Приготовление и применение пузыря со льдом.**

Оснащение: пузырь, кубики льда, емкость с водой t 14\*С, салфетка.

Обязательные условия: применяется при гипертермии у взрослых при t 39’ и выше, у детей при t 38’ и выше; при кишечном кровотечении.

 **Подготовительный этап**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Этапы** |  **Мотивация** |
| 1. Вымыть руки, надеть перчатки. 2. Объяснить пациенту ход процедуры. | 1.Инфекционная безопасность. 2.Имеет право на информацию |
| **Выполнение манипуляции** |
| 1. Положить пузырь на горизонтальную поверхность. 2.Снять с пузыря пробку, заполнить на ½ водой, положить в пузырь кусочки льда. 3. Вытеснить воздух и закрыть крышку. Перевернуть пузырь.4. Салфетку положить на назначенную область, сверху пузырь со льдом на 20-30 мин.5. Через 20-30 мин пузырь снять;6. Воду частично слить, добавить кусочки льда и через 15-20 мин можно вновь пользоваться пузырем  | 1.Подготовка пузыря для выполнения манипуляции.2.Соблюдение правил приготовления;3. Проверка на герметичность.4. Холод вызывает спазм сосудов, уменьшаетсякровотечение.5. Профилактика переохлаждения.6.Подготовка к дальнейшему использованию пузыря со льдом. |

Пузырем со льдом можно пользоваться как угодно долго, но через каждые

 20-30 мин делать перерыв на 15-20 минут.

**ГЛАВА 4. ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ**

 **4.1 ДЕЗРЕЖИМ ПРИ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ**

 **ИНФЕКЦИЯХ**

1. Весь инвентарь строго промаркирован и используется строго по назначению.

2. Палата больного и предметы обихода обрабатываются 3% раствором хлорамина. Экспозиция 60 минут. Кварцевание по графику.

3. Домашняя посуда возвращается после предварительной обработки 3% раствором хлорамина в течений 60 минут.

4. Выделение больных(кал, моча, рвотные масса)засыпаются известью(1:5) 200гр на 1 кг на 60 минут.

5. Посуда из под выделений погружается в раствор 3% хлорамина на 60 минут.

6. Посуда после приема пищи очищается,

обезжиривается(сода, горчица),погружается в 3%раствор хлорамина на 60 минут, затем моется под проточной водой, протирается и стерилизуется в сухожаровом шкафу при t° -130° Cв течении45 минут.

7. Остатки пищи засыпают сухой хлорной известью 200 гр по 1 кг на 60 минут.

8. Белье больного замачивается на 30 минут в 3% растворе хлорамина, затем кипятят в 25 мыльно-содовом растворе, прополаскивают, проглаживают.

9. Игрушки погружаются в 3% раствор хлорной извести на 60 минут затем ополаскиваются под проточной водой.

10. Подушки. одеяло, матрацы дезинфицируется в паровоздушной камере при t°-90° Cв течении30 минут.

11. Для туалета иметь инвентарь по специальной маркировкой, половая тряпка с красной нашивкой.

12. Уборочный инвентарь замачивается на 60 минут в 3%раствор хлорамина, промывается, хранится в специальных шкафах.

 4.2 ПРИКАЗ №345

 Алгоритм действия м/с при биологической аварии

1. При попадании крови на кожу:

 немедленно обработать руки тампоном (салфеткой с 70спиртом) в течение 30сек

-вымыть руки с мылом не менее 2 раз под проточной водой;

- повторно обработать руки 70% спиртом ( не тереть!);

**2. При проколе кожи использованной иглой, порезе необходимо:**

- немедленно обработать перчатки 3% дезраствором, снять их, опустить в дезраствор;

- не останавливать кровотечение! Если крови нет, обязательно выдавить как можно больше;- вымыть руки под проточной водой с мылом, особенно место повреждения;

- место прокола (пореза) сначала обработать 70% этиловым спиртом, затем 5% спиртовым раствором йода;

- место укола (пореза) тщательно заклеить лейкопластырем или наложить повязку, можно надеть напальчник, при продолжении работы, сменить перчатки.

**3. При попадании биологических жидкостей на слизистую глаз:**

- промыть 1% р-ром борной кислоты при помощи пипетки или глазного стаканчика; - промыть проточной водой.

**4. На слизистую носа:**

-промыть 1% р-ром борной кислоты (1% р-ром протаргола)

- промыть проточной водой.

**5. На слизистую полости рта:**

- прополоскать рот 70% спиртом (не глотать!) или 1% р-ром борной кислоты;

-прополоскать рот водой, использованную воду сплюнуть в дезраствор.

ОБ АВАРИИ НЕМЕДЛЕННО СОООБЩИТЬ АДМИНИСТРАЦИИ!

При уколе, порезе рекомендуется профилактический прием азидотимидина

 800 мг/сут. в течении 30 дней. **Прием начать не позже** **24 часов после аварии!!!**

Обследование на ВИЧ через 3,6,12 мес.

 4.3 ОСТ №42-21-2-85

**ОБРАБОТКА ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

**1- Этап дезинфекции**

 **1. Химический метод** проводится в процедурном кабинете. Не снимая перча­токинструментарий вне разобранном виде погружается в дезинфицирующий раствор.

 а. При кишечных инфекциях - бактериальных, вирусных, капельных

 инфекциях замачивается в3% р-ре хлорамина на 30'.

б. При вирусном гепатите и СПИДе: замачивается в 3% р-ре хлорамина на 60' .

 в. При туберкулезе: замачивается в 5% р-ре хлорамина на 240'

 г. При анаэробной инфекции: замачивается в 6% р-ре перекиси водорода

 0,5% раствором моющего средства на 60'.

 **2. Кипячение**

 а. При всех инфекциях (кроме анаэробных инфекций) кипятятся:

 в дистиллированной воде 30'; в 2% содовом растворе 15' Ь.

 При анаэробных инфекциях: в 2% содовом растворе 90'.

 Время кипячения исчисляется с момента закипания. Температура

 дезинфицирующего раствора должна быть не ниже 18° Цельсия.

 После химического метода инструментарий промывается под проточной

 водой до исчезновения запаха хлора и сдается в ЦСО.

 2-Этап предстерилизационной обработки инструментария

 (удаление белковых, жировых и лекарственных загрязнений проводится

 в ЦСО в моечной и подготовительной).

 1. Замачивание в моющем растворе температура 50°С на15мин.

 Приготовление моющего раствора**:** порошок («Прогресс»,

 «Айна»,«Ло­тос») 5 грамм, 20грамм пергидроля или 160грамм 3% раствора

 перекиси водо­рода, или 16грамм 30% перекиси водорода, воды

 до 1 литра. Примечание: при наличии порошка «Лотос»

 добавляется ингибитор коррозии 1,4г на литр.

 **2. Мойка каждого изделия** в моющем растворе при помощи ерша,

ватно-марлевого тампона, мандрена.

 **3. Промывание инструментария под проточной водой** «Биолот» 3',

«Прогресс» 5';«Астра», «Лотос», «Айна» - 1 0 минут.

 **4. Ополаскивание инструментария в дистиллированной воде**.

 **5. Проведение контрольных проб** для оценки качества

предстерилизационной очистки:

 **НА НАЛИЧИЕ КРОВИ:**

 **а. Амидопириновая проба:** 5% спиртовый раствор амидопирина и 5%

 раствор перекиси водорода в равных частях, 30% раствор уксусной кислоты, 5-б капель.

 Положительная реакция - синее окрашивание.

**б. Азопирамовая проба.** Азопирам и 3% раствор перекиси водорода в равных

частях.Положительная проба - фиолетовое окрашивание.

 На остаток моющего средства: а. фенолфталеиновая проба с 0,1 %

раствором фенолфталеина. Положительная проба – розовое окрашивание. При этой пробе после нанесения раствора. на инструментарий ждем не более одной минуты, т.к. может быть бурое окрашивание.

Если выпала положительная проба на остаток крови, обработка инструментария начинается заново с этапа дезинфекции. Ели положительная проба на оста­ток моющего раствора—то инструментарий нужно промыть под проточной во­дой, ополоснуть в дистиллированной воде. Для проведенияпробы берется инст рументарий из расчета 1:10

 Для проведения пробы необходимо подготовить: инструментарий, раство­ры,

 мензурку, пипетку и белый лист бумаги.

 При отрицательных пробах весь инструментарий передается в подготови

 тельную комнату, где проводится:

 а. Сушка горячим воздухом в сухожаровом шкафу при температуре 80° до

 полного исчезновения влаги;

 б. Упаковка инструментария в мешотчатую непропитанную бумагу.

 Маркировка на «куколках» - объем шприца, дата стерилизации, под­пись

 медсестры. Из подготовительной комнаты, инструментарий передается в

 стерилизационную.

 **3-Этап стерилизации**

**1**. **Изделия из металла и стекла** стерилизуются в сухожаровом шкафу при тем­пературе 180°один час. Контроль стерилизации: аскорбиновая кислота должна расплавиться или индикатор изменяет цвет. Изделиями в паковке можно пользоваться трое суток.

Стерилизацию инструментария можно проводить в открытом виде

там, где накрывается стерильный стол. При открытом способе

стерилизации инструмента­рий используется в течение 6 часов.

**2. Резиновые изделия, перевязочный и хирургический материал** стерилизуются в автоклаве при температуре 120-132°, 1,2 - 2

атмосфер давления, в течение 40-45 минут. Контроль стерилизации:

сера должна расплавиться или индикатор изменяет цвет.

**ГЛАВА 5. КОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ**

 **ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ**

 **ТЕМА: «ГРИПП, ОРВИ»**

 Отделение « Сестринское дело»

1.К группе ОРЗ не относятся:

 А. грипп

 Б. парагрипп

 В. дизентерия

2. Вирус гриппа устойчив к :

 А. нагреванию

 Б. кипячению

 В. низкой температуре

3. Источником инфекции при гриппе являются:

 А. животные

 Б. больной человек

 В. консервированные пищевые продукты

4. Фактором передачи гриппа является:

 А. вода

 Б. воздух

 В. мухи

5. Заразный период при гриппе продолжается:

 А. до 1-3 дней

 Б. до 4-5 дней

 В. до 10=12 дней

6. Какой синдром является преобладающим в клинике гриппа:

 А. токсический

 Б. артралгический

 В. катаральный

7. Какие симптомы парагриппа не характерны для гриппа:

 А. постепенное начало заболевания

 Б. преобладание катаральных явлений над интоксикацией

 В. грубый лающий кашель

 Г. все перечисленное

 Д. никакой из перечисленных

8. При аденовирусной инфекции выделяют синдромы:

 А. острого ринофарингита

 Б. фаринго-конъюнктивальная лихорадки

 В. острого конъюнктивита

 Г. мезаденита

 Д. все перечисленные

9. Настоящими проблемами при гриппе:

 А. сухой кашель и боль в грудной клетке

 Б. головная боль в области лба и надбровных дуг, болезненность при

 движении глазных яблок, светобоязнь

 В.боль в горле при глотании

10. До какого предела снижают температуру при ОРВИ:

 А. до 36\*

 Б. до 37\*

 В. до38\*

11.Головная боль локализуется:

 А. лоб, глазные яблоки

 Б. затылок

 В. подчелюстная область

12. Медсестра рекомендует больному гриппом :

 А.употреблять обильное витаминизированное питье

 Б. кварцевать воздух в квартире

 В. диету № 5

13. Лечение не осложненного гриппа

 А. сульфаниламиды

 Б. ремантадин

 В. антибиотики

14. Вирус гриппа к антибиотикам:

 А. устойчив

 Б. не устойчив

15. Медсестра рекомендует родственникам проводить:

 А. текущую дезинфекцию

 Б. заключительную дезинфекцию

16. Текущая дезинфекция включает:

 А. дезинфекция посуды больного

 Б. дезинфекция предметов

 В. камерная дезинфекция

17. Потенциальная проблема при гриппе:

 А. ангины

 Б. пневмонии

 В. диспепсии

18. Специфическая профилактика гриппа:

 А. введение сыворотки

 Б. антибиотики

 В. вакцинация

 **ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ: « ГРИПП»**

 **для специальностей 34.02.01 Сестринское дело**

 **1.**Наиболее вероятным источником инфекции при гриппе является

1. человек, находящийся в инкубационном периоде
2. больной в периоде разгара
3. реконвалесцент
4. вирусоноситель

 **2.**Не имеют значения в патогенезе гриппа следующие факторы

1. поражение эпителия, трахеи и бронхов
2. интоксикация
3. геморрагический синдром
4. иммуносупрессия
5. репликация вируса гриппа в лимфоузлах

 **3.**В патогенезе гриппа не имеют значение следующие факторы

1. поражение цилиндрического эпителия верхних дыхательных путей
2. интоксикация
3. сосудистые расстройства
4. токсические поражения пищеварительного тракта
5. вирусемия
6. присоединение бактериальных осложнений

**4.**При гриппе наблюдается

1. сыпь
2. гиперемия и зернистость мягкого неба
3. лимфоаденопатия
4. увеличение печени и селезенки
5. диспепсические расстройства

**5.**При гриппе в тяжелых случаях не возникает

1. отек мозга
2. сердечно-сосудистая недостаточность
3. розеолезная сыпь
4. бред, расстройство сознания
5. менингеальные симптомы
6. отек легких

 **6.**Клиническими симптомами гриппа не являются

1. лихорадка до 5 дней
2. острый тонзилит
3. выраженный интоксикационный синдром
4. гиперемия лица
5. гиперемия слизистых зева с синюшным оттенком зернистость на небе
6. инъекция сосудов склер

 **7.**Продолжительность лихорадки при гриппе чаще всего составляет

1. 1-3 дней
2. 2-4 дней
3. 3-5 дней
4. 4-7 дней
5. до 10 дней
6. больше 2-х недель

 **8.**Неправильным утверждением является

1. грипп начинается с явлений общей интоксикации
2. лихорадочный период при гриппе не превышает шести дней
3. при продолжительности лихорадки более 5 суток диагноз гриппа вызывает сомнение
4. грипп часто начинается с катаральных явлений
5. двухволновая лихорадка при гриппе часто обусловлена присоединением осложнений
6. грипп начинается с интоксикационного синдрома

 **9.**Не характерными симптомами для гриппа являются

1. интенсивная боль в теменно-затылочной области
2. боли в глазных яблоках
3. заложенность носа
4. саднение за грудиной
5. гиперемия и зернистость мягкого и твердого неба
6. инъекция сосудов склер

 **10.**Последовательность развития фаз патогенеза гриппа:

 1.поражение дыхательного тракта с преимущественной локализацией

 процесса в каком-либо его отделе
 2. вирусемия, токсические и токсико-аллергические реакции

 3. репродукция вируса в клетках дыхательных путей

 4. бактериальные осложнения со стороны дыхательных путей и других

 систем

 5. обратное развитие патологического процесса

 **11.**Наличие указанного симптома позволяет исключить диагноз гриппа

1. головная боль
2. головная боль с рвотой
3. менингеальный синдром
4. дыхательная недостаточность
5. повторный жидкий стул
6. геморрагический синдром

 **12.**Неправильным утверждением является - диагноз гриппа

1. как правило, устанавливается на основании клинического анализа крови
2. может быть подтвержден вирусоскопически
3. подтверждается РТГА и РСК
4. обычно устанавливается клинически
5. может быть подтвержден выделением культуры вируса

 **13.**Для гриппа не характерны

1. миалгия и артралгия
2. гипертермия
3. полиаденопатия
4. сильные головные боли с локализацией в лобной части
5. выраженные боли в глазных яблоках при движении
6. саднение за грудиной

 **14.**Правильное утверждение

1. в отличие от сыпного тифа, сыпь при гриппе появляется на 1 –й день
2. в отличие от гриппа при других ОРВИ интоксикация выражена слабо
3. в отличие от брюшного тифа при гриппе наблюдаются боли в животе и жидкий стул
4. при гриппе, как и при бруцеллезе наблюдается полилимфоаденопатия
5. дифференциальная диагностика между гриппом и парагриппом возможна только на основании вирусологических исследований

 **15.**Соответствие преимущественного поражения отдела респираторного тракта вирусной инфекции

 1.Грипп Ларингит
 2.Парагрипп Трахеит
 3.Аденовирусная инфекция Ринит
 4.Риновирусная инфекция Фаринготонзиллит
 5.Пневмония

 **16.**При гриппе

1. лечение предпочтительней проводить в условиях стационара
2. в тяжелых случаях следует назначать антибиотики широкого спектра действия
3. во всех случаях показано снижение температуры
4. антимикробная терапия показана только в осложненных случаях
5. с целью профилактики бактериальных осложнений показано применение ремантадина

 **17.**При гриппе

1. лечение предпочтительней проводить в условиях стационара
2. наиболее эффективен бисептол
3. всем больным следует назначать жаропонижающие средства
4. антимикробная терапия показана только в осложненных случаях
5. с целью профилактики бактериальных осложнений показано применение 0,25% оксалиновой мази интраназально

**18.**Этиотропным препаратом лечения гриппа А является

1. ремантадин
2. интерферон
3. ваксигрипп
4. ацикловир
5. аскорбиновая кислота

 **19.**Препаратом этиотропного лечения гриппа А является

1. антигриппин
2. противогриппозная вакцина
3. ремантадин
4. пенициллин
5. интерферон

**20.**Правильное утверждение:

1. пневмония - частое проявление микоплазменной инфекции
2. для парагриппозной инфекции характерна резко выраженная интоксикация
3. аденовирусная инфекция характеризуется выраженным ларинготрахеитом
4. аденовирусная инфекция характеризуется кратковременным субфебрилитетом
5. риновирусная инфекция отличается от других ОРВИ интенсивным приступообразным кашлем
6. катаральные симптомы при гриппе выступают на первый план

 **21.**Клиника ларингита характерна, главным образом, для:

1. аденовирусной инфекции
2. гриппа
3. риновирусной инфекции
4. краснухи
5. парагриппа
6. коклюша

**22.**Ведущим синдромом поражения при парагриппе является:

1. фарингит
2. ринит
3. ларингит
4. трахеобронхит
5. пневмония
6. конъюнктивит

**23.**Осложнениями при парагриппе не являются:

1. пневмония
2. отиты
3. синуситы
4. менингоэнцефалит
5. ложный круп
6. инфекционно-токсический шок

**24.**Для аденовирусной инфекции характерным синдромом является:

1. фарингит
2. бронхит
3. склерит
4. ларингит
5. трахеит
6. ринит

**25.**Для аденовирусной инфекции не характерны:

1. нейротоксикоз
2. полиаденопатия
3. ринофаринготонзиллит
4. конъюнктивит
5. лихорадка
6. диспепсические явления

**26.**Патогенетическими отличиями аденовирусной инфекции от других ОРВИ не являются:

1. поражение конъюнктив
2. поражение слизистых оболочек верхних дыхательных путей (фарингит)
3. поражение слизистой оболочки кишечника
4. поражение лимфоидной ткани
5. поражение легких

**27.**Для аденовирусной инфекции не характерно:

1. увеличение селезенки и печени
2. увеличение лимфоузлов
3. фарингит
4. волнообразный тип лихорадки
5. головные боли в области лба, надбровных дуг
6. диспепсические явления

**28.**Для аденовирусной инфекции не характерно:

1. лимфаденопатия
2. гиперемия и отечность миндалин, задней стенки глотки
3. инъекция сосудов склер, гиперемия, одутловатость лица
4. конъюнктивит
5. фарингит
6. ринит

**29.**Бронхи, бронхиолы и легкие поражаются чаще при:

1. гриппе
2. парагриппе
3. аденовирусной инфекции
4. респираторно-синтициальной инфекции
5. риновирусной инфекции
6. парагриппе

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ: «ГРИПП »**

1 – А 19 – В

2 - Б 20 – Б

3 – В 21 – А

4 – А 22 – Б

5 – В 23 – В

6 – Б 24 – В

7 – В 25 - Б

8 – А 26 - А

9 – В 27 – В

10 – Б 28 – Б

11 – А 29 – А

12 – Б 30 - Б

13 – А

14 – В

15 – А

16 – Б

17 – В

18 – Б

 **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ «ГРИПП»**

 **Задача № 1.**

У студента, навестившего больного товарища, на вторые сутки: озноб, температура поднялась до 39 градусов, сильная головная боль в лобной области, боль в области глазных яблок, чувство ломоты в теле, в суставах. К концу первых суток заболевания появилась: заложенность носа, першение в горле, сухой кашель.

 Объективно: гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов конъюнктивы, в зеве разлитая гиперемия, зернистость по задней стенки глотки. В легких жесткое дыхание. Пульс 102 удара в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

 Задания:

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено.
2. Определите проблемы, выявите потенциальную и приоритетную.
3. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.
4. Мероприятия в очаге.
5. Продемонстрируйте приготовление пузыря со льдом, его применение.

**ГЛАВА 6. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ПО КОНТРОЛЮ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ «ГРИПП»**

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТЫ №2 ПО ТЕМЕ: «ГРИПП »**

 **34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО**

1 – А 19 – В

2 - Б 20 – Б

3 – В 21 – А

4 – А 22 – Б

5 – В 23 – В

6 – Б 24 – В

7 – В 25 - Б

8 – А 26 - А

9 – В 27 – В

10 – Б 28 – Б

11 – А 29 – А

12 – Б 30 - Б

13 – А

14 – В

15 – А

16 – Б

17 – В

18 – Б

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОНННЫЕ ЗАДАЧИ**

**1. Потребности**, удовлетворение которых нарушено: есть, пить, поддерживать температуру тела, спать, общаться, обслуживать себя.

**2. Проблемы пациента или «сестринский диагноз»**

**Настоящие:** повышение температуры тела до 39\*С, сильная головная боль в области лба и глазниц, чувство ломоты в мышцах и суставах, заложенность носа, кашель.

**Потенциальные:** возможность присоединения осложнений.

**Приоритетная:** повышение температуры тела до 39\*С, головная боль.

**3. Цели и план сестринских вмешательств с мотивацией:**

**Краткосрочные цели:**

* Добиться снижения температуры тела,
* Уменьшить головную боль, чувство «ломоты» в теле,
* Улучшить самочувствие больного.

**Долгосрочная цель:** после выполнения назначений врача, добиться полного выздоровления больного.

**План независимого вмешательства:**

1. Забор материала от больного: быстрая постановка диагноза

- смыв из зева и носа на вирусологическое исследование,

- взятие крови на парные сыворотки,

- своевременная доставка материала в лабораторию.

2. Ежедневное наблюдение за больным: контроль за состоянием больного

- термометрия 2 раза в день,

- подсчет пульса и АД, ЧДД.

3. Рекомендации по соблюдению постельного режима, питанию, режиму обильного питья, ограничения контактов - ускорить процесс выздоровления.

4. Контроль за соблюдением дезрежима - предупреждение распространения инфекции.

- масочный режим,

- изоляция больного,

- кварцевание палат 2-3 раза в день,

- проветривание,

- влажная уборка 1% раствором хлорамина,

- дезинфекция белья и посуды.

5. Профилактика пневмонии: дыхательная гимнастика, подача увлажненного кислорода.

6. До выхода из тяжелого состояния: кормление в постели больного, умывание, гигиеническая обработка, причесывание.

**План зависимого вмешательства:**

* 1. Обеспечить правильный и регулярный прием медикаментов по назначению врача.
	2. Закапывать капли в нос и глаза.
	3. Выполнение парентеральных процедур.
	4. Проведение ингаляций, постановка горчичников.

**4. Мероприятия в очаге:**

- подать экстренное извещение в ГСЭН,

- в очаге провести влажную уборку 1% раствором хлорамина,

- обработать все вещи больного, его посуду – 1% дезраствором, кипячение,

- всем контактным обработка слизистой носа оксолиновой мазью, детям ввести противогриппозный иммуноглобулин,

- в организованных коллективах ввести карантин,

- провести активную иммунизацию организованного населения.

 **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Гавришева Н.А. Инфекционный процесс: Клинические и патофизиологические аспекты: Учебное пособие / Н.А. Гавришева, Т. В. Антонова. – СПб.: Специальная литература, 2018. – 255 с. (1 экз.).
2. Лабораторная диагностика сальмонеллезов человека и животных, обнаружение сальмонелл в кормах, продуктах питания и объектах внешней среды.- М.: Медицина, 2020.-37 с.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2018. – 816 с. (84 экз.)

4. Покровский В.И., Черкассий Б.Л. Сальмонеллезы.- М.: Медицина, 2020.- 221 с.

1. Ющук Н.Д. Краткий курс эпидемиологии (схемы, таблицы): Учеб. пособие / Н.Д. Ющук, Ю.В. Мартынов. – М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2018. – 200 с. (1 экз.).
2. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. — М.: Медицина, 2017. — 1032 сРуководство по инфекционным болезням.
3. Эпидемиология и профилактика сальмонеллезов //Журн. микробиол.- 2019- №6.-с.47-53 Приложение Заболеваемость сальмонеллезами в России.