

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

МЕРЫ В ОТНОШЕНИИ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ.

Каждый пациент и подозрительный на заболевание брюшным тифом, паратифом А и В подлежит обязательной госпитализации в инфекционную больницу. Оставление таких пациентов на дому категорически запрещено.

У большинства переболевших полное выздоровление от возбудителя наступает не тот час по исчезновении клинических симптомов, а в течении последующих 2-3 месяцев. Из числа переболевших 3-5 % на многие годы, нередко пожизненно, остаются носителями возбудителя. В связи с этим за выписанными из больницы реконвалесцентами устанавливается диспансерное наблюдение в течении 3 месяцев с целью раннего выявления рецидива. Переболевшие состоят на учете в санэпидстанции по месту жительства в течении 2-х лет. Два раза в год они обследуются бактериологически.

МЕРЫ В ОТНОШЕНИИ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ.

Эти меры направлены на прерывание путей передачи инфекции.

Пищевой продукт и вода, заподозренные как факторы передачи инфекции, запрещаются к употреблению и направляются на бактериологическое исследование.

В очаге инфекции медицинский работник, заподозривший у больного тифо-паратифозное заболевание, организует с этого момента текущую дезинфекцию, которая проводится лицами, ухаживающими за больным.

Текущая дезинфекция включает:

- выделение пациенту отдельно столовой и чайной посуды, ее дезинфекцию после использования, выделение отдельного полотенца;
- обеззараживание остатков пищи и выделений пациента;
- мытье рук с мылом перед приемом пищи и после посещения уборной;
- сбор грязного белья в закрытую тару с последующим обеззараживанием;
- уничтожение мух в помещении, недопущение мух в помещение (засетчивание окон);
- ежедневную влажную уборку помещения с раздельным содержанием уборочного материала для жилого помещения и уборной;

После госпитализации больного в очаге проводится заключительная

дезинфекция дезинфекторами санитарно-эпидемиологической станции.

МЕРЫ В ОТНОШЕНИИ ВОСПРИИМЧИВОГО ОРГАНИЗМА.

Лица, общавшиеся с больным, а также выявленные в процессе эпидемиологического обследования другие лица, не общавшиеся непосредственно с больным, но имевшие доступ к тем же продуктам питания, воде, который потреблял заболевший в период между ориентировочными сроками заражения в домашнем очаге, в школе, на предприятии и т. п. Все эти лица направляются в бактериологическую лабораторию на обследование. После сдачи материала на анализ лица, общавшиеся с больным брюшным тифом или имевшие возможность заразиться, получают трехкратно брюшнотифозный бактериофаг за 2 часа до приема пищи с интервалами 5 дней в дозах: от 6 месяцев до 3-х лет — 10 мл, от 3-х до 10 лет — 15 мл, взрослым — 25 мл. За лицами устанавливается ежедневное медицинское наблюдение в течение максимального срока инкубации.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БРЮШНЫМ ТИФОМ И ПАРАТИФАМИ А и В

Важным звеном в лечении пациентов с брюшным тифом является правильная организация ухода. В течение всего лихорадочного периода и 6-7 дней после нормализации температуры тела пациенты должны находиться на строгом постельном режиме. Столь длительное пребывание пациента в постели требует тщательного ухода за кожными покровами и слизистыми оболочками, поскольку возможно развитие пролежней и стоматита. Кожные покровы необходимо ежедневно обтирать теплой водой. Нельзя допускать, чтоб пациент делал резкие движения, поэтому медсестра помогает ему часто менять положение в постели. Обязательно обеспечивать уход за слизистой ротовой полости.

В связи с возможными запорами и метеоризмом необходимо контролировать регулярность стула. Назначать слабительные средства пациентам с брюшным тифом категорически нельзя. При задержке стула в течении 2-х дней и более пациенту могут быть поставлены масляные послабляющие микроклизмы, но только по назначению врача. При чрезмерном метеоризме пациенту вводится газоотводная трубка. Медсестра обязательно должна осматривать стул пациента на предмет наличия в нем крови.

Медицинская сестра, осуществляющая уход за пациентом с брюшным тифом, должна помнить о возможности появления потенциальных осложнений и при малейших подозрениях на них должна незамедлительно оповещать об этом врача.

При уходе за пациентами с брюшным тифом следует тщательно соблюдать санитарно-гигиенические правила и проводить текущую дезинфекцию.

ДИЕТА № 4

ПОКАЗАНИЯ:

- острые энтероколиты
- обострение хронического колита
- период профузного поноса
- резко выраженные диспепсические явления

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЕТЫ:

Диета химически, термически и механически щадящая кишечник. Прием пищи 5-6 раз в сутки. Все блюда готовятся на пару, протертые. Поваренной соли 8 — 10 г. Продолжительность диеты 5-7 дней.

Разрешается:

Сухари из белого хлеба, супы на обезжиренном мясном бульоне, отварах их круп с яичными хлопьями, манной крупой, протертым рисом. Мясо нежирное в рубленом виде в вареная или паровое. Птица и рыба нежирные, вареное или паровое. Каши и пудинги из протертых круп на воде или на обезжиренном бульоне. Соки из фруктов и ягод, отвар шиповника, черники. Чай, какао на воде, желе, кисели. Яйца не более 2 штук в день (всмятку или паровой омлет), масло сливочное 40-50 г.

Ограничить: сахар до 40 г, сливки.

Исключается: молоко, растительная клетчатка, пряности, соленья, копчености, бобовые.

ДИЕТА № 2

ПОКАЗАНИЯ:

- Хронический гастрит с секреторной недостаточностью
- энтерит, колит в период реконвалесценции

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЕТЫ:

Диета механически щадящая, но способствующая повышению желудочной секреции. Пища вареная, запеченная, обжаренная без панировки.

Разрешается:

Хлеб белый вчерашний, не сдобные сухари, 1-2 раза в неделю не сдобные печеные пироги. Супы из круп и овощные на мясном и рыбном бульонах. Нежирная говядина, курица вареная, тушеная, паровая. Рыба нежирная отварная, паровая, заливная. Овощи: картофель, свекла, морковь в протертом виде отварная, томаты сырые. Компоты, кисели, желе, фруктовые и овощные соки, печеные яблоки. Молоко цельное при хорошей переносимости. Кефир, творог нежирный, некислый, запеченный. Сыр неострый, натертый, сметана. Соусы мясные, рыбные. Чай, кофе, какао. Масло сливочное. Яйца всмятку, омлет.

Исключается: бобовые и грибы.

КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ.

Симптомы:

Дегтеобразный стул (милена) и наличие в нем алой крови, слабость, бледность, потемнение в глазах, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, снижение АД, пульс частый, слабый, снижение диуреза, озноб, адинамия.

Тактика м/с:

1. срочно вызвать врача.
2. пациента уложить, успокоить
3. полный физический и психический покой
4. положить пузырь со льдом на область эпигастрия не более чем на 30 минут
5. не давать пить, смачить губы водой
6. контроль АД, пульса
7. по назначению врача:
 - плазмозаменители: раствор гемодеза, полиглюкина, реополиглюкина, физ. раствор.
 - Кровоостанавливающие средства: раствор кальция хлористого, аминокaproновая кислота.
 - При массивной кровопотери - переливание одногруппной крови
8. контроль за состоянием.

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БРЮШНОГО ТИФА – ПЕРФОРАЦИЯ КИШЕЧНИКА.

Симптомы:

Острая кинжальная боль в области живота, мышечное напряжение брюшного пресса, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, потемнение в глазах, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, холодный липкий пот, АД снижено, пульс частый, слабый, может быть потеря сознания.

Тактика мс:

1. срочно вызвать врача
2. пациента уложить, полный физический и психический покой
3. пузырь со льдом на область эпигастрия
4. не давать пить, есть, принимать анальгетики
5. контроль АД, пульса
6. по назначению врача:
 - экстренно транспортировать пациента в хирургическое отделение на носилках на оперативное вмешательство.

Правила забора крови на гемокультуру и на стерильность.

Оснащение :

1. Все необходимое для в/в забора крови.
2. Флаконы с питательной средой :
 - на гемокультуру – желчный бульон
 - на стерильность – сахарный бульон.
3. Спиртовка , спички.
4. Направление.

Условия забора :

1. Если флаконы с питательной средой находились в холодильнике, необходимо выдержать их при комнатной температуре 1 час.
2. Кровь забирается из вены с соблюдением правил асептики и антисептики обязательно шприцем (не подставлять флакон под канюлю иглы).
3. Соотношение забираемой крови и питательной среды во флаконе 1 : 10.
4. Если невозможна доставка в лабораторию в день забора, флакон можно оставить до следующего дня в теплом месте (не ставить в холодильник).

Алгоритм выполнения :

Забор крови и посев крови на питательную среду осуществляется либо у постели больного, либо в процедурном кабинете с соблюдением правил асептики и антисептики. Внешний вид мед. сестры – халат, колпак, маска и приготовить перчатки.

1. Оцениваем бульон :
 - а) срок годности – 7 дней
 - б) кол-во – 1 : 10
 - в) состав – в норме : прозрачный , без осадка.
2. Снимаем резинку с флакона, ослабеваем пробку флакона.
3. Открываем спиртовку, подтягиваем фитиль, зажигаем спиртовку.
4. Моем руки по правилам.
5. Готовим все необходимое для в/в забора крови :
 - стерильный шприц с иглой, три спиртовых шарика (если забор крови на стерильность + стерильная игла).
6. Моем руки и одеваем перчатки по правилам.
7. Осуществляем в/в забор крови (соотношение 1 : 10), (если забор крови на стерильность – после забора крови смени иглу).
8. В левую руку берем флакон с питательной средой.
9. В правой руке держим шприц с кровью, мизинцем правой руки вынимаем пробку из флакона с питательной средой.
10. Обжигаем горлышко флакона над пламенем спиртовки в направлении от себя, на себя.
11. Выпускаем кровь из шприца во флакон медленно, по стенке флакона.
12. Иглу шприца выводим из флакона и вновь обжигаем горлышко флакона над пламенем спиртовки в направлении от себя, на себя. Закрываем флакон с питательной средой пробкой, встряхиваем флакон, фиксируем пробку флакона резинкой.
13. Гасим спиртовку.
14. Шприц и иглы закладываем в дезинфицирующий раствор.
15. Снимаем перчатки.
16. К флакону прикрепляем направление и доставляем в бактериологическую лабораторию.