

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
Медицинский колледж

Учебно-методическая разработка для преподавателей и студентов  
**Наблюдение и уход за пациентами с  
инфекционными заболеваниями**

По дисциплине:  
МДК 04.01 Решение проблем пациента посредством  
сестринского ухода

Для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составила преподаватель: Кадышева Т.А.

Рассмотрено и одобрено на заседании  
ПЦК профессионального модуля младшая  
медицинская сестра

Протокол № 3 от 26.10. 2017 г.  
Председатель ПЦК А.Р. Бахитова

Рассмотрено и одобрено на заседании  
Методического совета  
Протокол № 4 от 29.11. 2017 г.  
Председатель М.Т. Шевчук

г. Ульяновск, 2017

## Введение

Назначением этого модуля является формирование общих и профессиональных компетенций у студентов, а также заложение прочной основы теоретического и практического владения профессиональными знаниями и умениями, и обучение технике оказания медицинских услуг.

Используемые методы и формы обучения, контроля знаний - педагогическое мастерство, к которому, конечно стремится каждый преподаватель, достигаются тщательной подготовкой к занятиям, глубоким самоанализом, изучением и обобщением опыта своих коллег и внедрением в свою практику наиболее интересных и эффективных приемов работы. Занятия по МДК 04.01 «Решение проблем пациента посредством сестринского ухода» проводятся в форме типового комбинированного занятия, содержащего все стандартные этапы. На каждом занятии выделяется структура занятия, ставятся обучающие, развивающие, воспитывающие цели, определяется тип урока, межпредметные связи, основа ориентировочных действий, оснащение занятия, дидактический материал, план и содержание занятия.

Согласно требованиям современного обучения преподавателем уделяется большое внимание самостоятельной работе студентов. Большое значение придается проблемному обучению, которое требует установления межпредметных связей, развивает научное мышление, повышает интерес к предмету, творческую деятельность, самостоятельность. Для усвоения нового материала используются два различных вида речевой деятельности. При обучении используются наглядные пособия, фантомы для выполнения манипуляций, большое внимание уделяется формированию навыков техники выполнения сестринских манипуляций.

Основное внимание на занятиях уделяется овладению на уровне умений сестринским процессом, как научным методом оказания сестринской помощи. Основная цель обучения студентов по дисциплине «Решение проблем пациента посредством сестринского ухода» - это максимальная ориентация на формирование базовых профессиональных знаний и умений, общих и профессиональных компетенций, необходимых для деятельности медицинской сестры.

Одной из основных технологий, применяемых в учебном процессе, является практико-ориентированное обучение. Для организации учебного процесса выбираются разнообразные методы проведения занятий, средства обучения и технологии контроля, направленные на развитие и формирование специалиста.

## **Цели занятия:**

**1. Обучающая:** формирование практических умений и навыков по осуществлению сестринского ухода за пациентами с инфекционными заболеваниями; развивать умения и навыки отработки практических манипуляций.

### **Студент должен знать:**

- причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организацию и оказание сестринской помощи при инфекциях дыхательных путей;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

### **Студент должен уметь:**

- осуществлять сестринский уход за пациентом при инфекциях дыхательных путей;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

**2. Развивающая:** формирование интеллектуальных умений: сравнивать, обобщать, анализировать и делать выводы; развитие речи, мышления, памяти, формирование коммуникативных навыков; формирование навыков самообразования, самореализации личности.

**3. Воспитательная:** привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда; формирование современного научного мировоззрения и интереса к избранной профессии и профессиональной направленности, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

## **Тип занятия:**

Теоретическое занятие

## **Материально – техническое обеспечение занятия**

1. Ноутбук
2. Ситуационные задачи
3. Тестовые задания

4. Дидактический раздаточный материал по изучаемой теме

**Межпредметные связи:**

1. Психология
2. Анатомия и физиология человека
3. Терапия
4. Инфекционные заболевания

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ

### ДИФТЕРИЯ

Дифтерия — острое антропонозное заболевание бактериальной этиологии, характеризующееся развитием интоксикации, фибринозного воспаления в месте входа инфекции (преимущественно в рото- и носоглотке) и токсическим поражением сердечнососудистой и нервной систем.

**Этиология.** Возбудителем дифтерии являются токсигенные (способные вырабатывать экзотоксин) грамположительные аэробные палочки *Corynebacterium diphtheriae*.

**Эпидемиология.** Дифтерия относится к антропонозным инфекциям. Единственным естественным резервуаром и источником инфекции являются люди — больные или носители токсигенной палочки. Механизм передачи инфекции — аэрогенный, который реализуется преимущественно воздушно-капельным путем. Кроме того, заражение может происходить контактно-бытовым путем через инфицированные объекты внешней среды (посуда, игрушки, предметы обихода и т.д.). Для дифтерии характерна осенне-зимняя сезонность заболевания.

**Клиническая картина.** Длительность инкубационного периода составляет 2-10 дней (чаще 3-5 дней).

В зависимости от локализации и характера патологического процесса выделяют различные клинические формы: дифтерия ротоглотки, носа, гортани, трахеи, бронхов, глаз, половых органов, кожи. В типичных случаях дифтерия протекает с образованием в месте входных ворот отека и фибринозных налетов, однако в некоторых случаях, когда воспалительная реакция выражена слабо, налеты могут отсутствовать, и заболевание протекает в катаральном варианте.

Наиболее часто регистрируется дифтерия ротоглотки, которая составляет до 90 — 95 % всех случаев дифтерии, при этом в 70 — 75 % случаев она носит локализованный характер.

*Локализованная дифтерия ротоглотки* является наиболее легкой формой заболевания. Она может протекать по катаральному, островчатому или пленчатому варианту. Интоксикация обычно бывает выражена умеренно, а температура тела, хотя и достигает высоких значений, не бывает длительной. Больные жалуются на боли в горле при глотании, головную боль, слабость.

При *распространенной дифтерии ротоглотки* фибринозные налеты с миндалин распространяются на окружающие их мягкие ткани. По своему клиническому течению она мало отличается от локализованной формы. У больных выявляются боль в горле, головная боль, увеличение и умеренная болезненность подчелюстных лимфатических узлов. Отека слизистой ротоглотки и подкожной клетчатки шеи у больных не выявляется.

*Субтоксическая дифтерия ротоглотки* относится уже к тяжелым формам. В большинстве случаев субтоксическая и токсические формы развиваются у непривитых лиц и лиц, имеющих низкие титры антитоксических антител (например, прошедших неполный курс вакцинации). При умеренно выраженных признаках интоксикации больные с данной формой заболевания отмечают

выраженные боли при глотании. При осмотре ротоглотки выявляются признаки распространенной дифтерии: багрово-цианотичные, отечные миндалины, умеренный отек дужек, язычка, мягкого неба. Регионарные лимфатические узлы обычно увеличены и болезненны.

*Токсическая дифтерия ротоглотки* характеризуется быстрым прогрессирующим течением. Температура тела, как правило, уже с первых дней заболевания достигает высоких значений, больные отмечают озноб, выраженную боль в горле, головную боль. В некоторых случаях может быть рвота. За счет формирующегося отека слизистых оболочек носовое дыхание бывает затруднено и больные дышат открытым ртом. Голос осипший. Налеты уже к концу первых суток от начала заболевания покрывают миндалины и распространяются на мягкие ткани. Очень часто налеты имеют бурый цвет за счет геморрагического пропитывания.

*Гипертоксическая дифтерия* является наиболее тяжелой формой дифтерии, для которой характерно бурное, динамичное развитие заболевания. Отек мягких тканей ротоглотки и шеи формируется уже спустя 6-12 ч от начала заболевания, что может даже предшествовать появлению фибриновых налетов в ротоглотке. В этом случае уже на 1-2-е сутки от начала заболевания может наступить летальный исход, причиной которого является развитие инфекционно-токсического шока.

*Дифтерийный круп (дифтерия гортани)* наиболее часто является следствием прогрессирующего течения дифтерии ротоглотки, хотя может возникать и самостоятельно. Для нее характерно распространение дифтеритического воспаления на гортань, трахеи и даже бронхи. Важными клиническими признаками, свидетельствующими о развитии дифтерии гортани, являются изменение тембра голоса от осиплости до полной афонии, грубый «лающий» кашель, одышка, затруднение дыхания (дыхание становится шумным с удлиненным вдохом), на вдохе отмечается втяжение податливых мест грудной клетки.

*Дифтерия носа* может регистрироваться в качестве самостоятельной формы, либо в комбинации с дифтерией ротоглотки. При осмотре слизистая оболочка носовых ходов отечна, гиперемирована, выявляются фибриновые наложения или эрозии.

*Дифтерия глаз, уха, половых органов, кожи* относится к редким формам дифтерии. Подобно локализованной дифтерии ротоглотки процесс может протекать в катаральном и пленчатом варианте. Как правило, поражение указанных органов выявляется при комбинированной форме дифтерии.

### **Особенности ухода за больными с дифтерией**

Медицинский персонал, работающий в отделении с дифтерийными больными, во избежание инфицирования должен быть обязательно привит против дифтерии, и кроме того, постоянно пользоваться масками. Палаты, в которых находятся больные дифтерией, должны часто и хорошо проветриваться, в них должна своевременно проводиться текущая и заключительная дезинфекция. Особого внимания и ухода требуют больные с тяжелыми (токсическими) формами дифтерии, которые находятся на строгом постельном режиме. Длительность

постельного режима определяется формой заболевания и соблюдается в течение 10-30 дней. В постели больные должны находиться с приподнятой головой и туловищем. Кормить таких больных следует только в лежачем положении, очень осторожно и малыми порциями. Учитывая, что больные могут плохо глотать, необходимо следить, чтобы пища не попала в дыхательные пути (опасность развития аспирационной пневмонии). Несколько раз в день больной должен проводить туалет полости рта (либо самостоятельно, либо с помощью медицинской сестры), прополаскивая ротоглотку теплым дезинфицирующим раствором и обрабатывая полость рта ватным тампоном, смоченным в этом растворе. Кожные покровы также ежедневно обтирают теплой водой. При выполнении медицинских процедур медицинская сестра должна очень осторожно менять положение больного в постели. Необходимо вести тщательное наблюдение за больным и при выявлении малейших признаков дифтерийного крупа (дифтерии гортани) оповещать о нем дежурного или лечащего врача. При наличии у больных парезов и параличей (мягкого неба, конечностей и т. д.) помощь медицинской сестры больному становится особенно необходимой.

При уходе за больными с дифтерией необходимо следить за соблюдением санитарно-гигиенических правил и проведением текущей дезинфекции.

Важнейшим направлением в профилактике дифтерии является иммунизация населения. Лица, перенесшие дифтерию, также подлежат вакцинации. Эффективность проводимой против дифтерии вакцинации зависит от охвата прививками восприимчивого населения. Только охват вакцинацией 95% населения гарантирует эффективность проводимой вакцинации.

Кроме того, предупреждению распространения инфекции способствует раннее выявление и изоляция больных и носителей токсигенной дифтерийной палочки.

### **План сестринского ухода при дифтерии:**

**Нарушенные потребности:** поддерживать нормальную температуру тела, есть, пить, спать, общаться, дышать, быть здоровым, быть чистым, видеть.

**Проблемы настоящие:** лихорадка, головная боль, насморк, приступы удушья, кашель, интоксикация, рвота, боли в животе, отсутствие аппетита, слабость, боль в горле, цианоз, нарушение зрения, отек слизистой оболочки, паутинообразные студенистые налеты.

**Проблемы потенциальные:** риск развития осложнений при несвоевременной диагностике и лечении: поражение периферической, узлов симпатической и парасимпатической нервной системы, дистрофия миокарда, миокардит, дегенерация надпочечников; асфиксия (*дифтерия гортани*).

**Краткосрочная цель:** улучшить состояние больного (снизить температуру больного до нормальных цифр, уменьшить интоксикацию и т.д.).

**Долгосрочная цель:** выздоровление пациента, профилактика осложнений.

МЕРОПРИЯТИЯ	МОТИВАЦИЯ
1. Изоляция больного	Для предупреждения

	распространения инфекции
2. Соблюдение строгого постельного режима	Для предупреждения осложнений
3. Обеспечить проветривание помещения - не менее 2 раз в день, применение кварца - 2 раза в сутки; температура должна быть благоприятной 18 - 20°C. Контроль за дез.режимом.	Для обогащения воздуха кислородом. Для уничтожения патогенных микроорганизмов. Для предупреждения распространения инфекции.
4. Обеспечить своевременную смену нательного и постельного белья.	Для соблюдения чистоты тела.
5. Туалет больного (область промежности, подмышечные впадины, у женщин под молочными железами, полость рта, уши).	Для соблюдения чистоты тела.
6. Следить за общим состоянием больного (АД, ЧДД, состояние кожи и слизистых).	Для предупреждения осложнений
7. Обеспечить витаминизированное питье (соки, теплый чай с лимоном, черной смородиной, шиповником). Пища должна быть протертая, полужидкая, теплая.	Для снижения интоксикации. Для механического, химического и термического щажения ротоглотки.
8. В течении 3 недель – контроль количества выделенной мочи.	Для выявления токсического поражения почек.
9. Выполнение врачебных назначений: - введение противодифтерийной сыворотки; - часть сыворотки (1/2 дозы) вводят в/в одновременно с преднизолоном - при тяжелых формах; - антибиотикотерапия (тетрацилин, эритромицин, рифампицин); - дезинтоксикационная и противовоспалительная терапия (плазмаферез, 5-10% р-р глюкозы, гемодез, плазма, 10-20% р-р альбумина, аскорбиновая кислота).	Для специфического лечения заболевания.

## МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Менингококковая инфекция — острое антропонозное заболевание, характеризующееся поражением слизистой оболочки носоглотки и возможным развитием генерализованных форм инфекции.

**Этиология.** Возбудителем является менингококк (*Neisseriameningitidis*), представляющий собой неподвижный грамотрицательный микроб. Спор и капсул не образует.

**Эпидемиология.** Менингококковая инфекция относится к антропонозным воздушно-капельным инфекциям. Единственным естественным резервуаром и источником инфекции является человек, больной менингококковой инфекцией или бактерионоситель. Механизм передачи инфекции аэрогенный. При кашле, чиханье и даже разговоре менингококк с капельками слизи выделяется во внешнюю среду. Передача инфекции контактным путем (через предметы общего пользования) хотя и возможна, но реализуется достаточно редко, поскольку менингококк нестойк во внешней среде.

**Клиническая картина.** Длительность инкубационного периода при менингококковой инфекции колеблется от 2 до 10 дней, составляя в среднем 2-4 дня. В соответствии с современными представлениями выделяют следующие клинические формы болезни:

- ✓ локализованные формы - менингококконосительство, назофарингит;
- ✓ генерализованные формы - менингококкемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная форма (менингит + менингококкемия);
- ✓ редкие формы с развитием эндокардита, полиартрита, пневмонии, иридоциклита.

Самой частой формой инфекции является *менингококконосительство*. Частота его формирования неизвестна, поскольку никакой клинической симптоматики у таких больных не выявляется. Установление диагноза менингококконосительства возможно только на основании выделения менингококка из носоглоточной слизи. У большинства инфицированных пациентов состояние носительства бывает непродолжительным и ограничивается 2-3 нед. Формирование более длительного носительства обусловлено хроническим воспалением слизистой верхних дыхательных путей.

Менингококковый *назофарингит* проявляется умеренной лихорадкой, которая, как правило, не превышает 38,5 °С, головной болью, чувством першения в горле, заложенностью носа, насморком. При осмотре выявляется умеренная гиперемия мягкого неба. Клинические проявления назофарингита практически не отличаются от других острых респираторных заболеваний, в силу чего его диагностика возможна только на основании результатов бактериологического или серологического исследования. В большинстве случаев продолжительность заболевания ограничивается 3-5 дней и заканчивается выздоровлением.

*Менингококкемию* в связи со стойкой и выраженной бактериемией иногда обозначают как менингококковый сепсис. Независимо от того предшествует началу заболевания назофарингит или нет, менингококкемия начинается остро. Как правило, больные могут назвать час заболевания. Отмечается очень быстрый подъем температуры до 39,0-40,0 °С и даже выше, сопровождающийся ознобом. Появляются слабость, головокружение, головная боль, ломота в теле, обморочное состояние, рвота. Уже через несколько часов от момента заболевания на теле больного появляется характерная сыпь, которая служит важнейшим опорным диагностическим признаком менингококкемии. Типичная менингококковая сыпь носит геморрагический характер (петехиальная сыпь) и обычно локализуется на ягодицах, бедрах, голенях и стопах. Распространение сыпи на другие участки тела (особенно лицо) свидетельствует о тяжести заболевания. Элементы

геморрагической сыпи имеют неправильную форму, неровные края и внешне напоминают звездочки («звездчатая» сыпь) темно-красного или темно-вишневого цвета, диаметр которых составляет несколько миллиметров. При тяжелом течении заболевания элементы геморрагической сыпи могут сливаться, образуя крупные кровоизлияния, которые называются экхимозами. В некоторых случаях, особенно в начале заболевания, появляющаяся сыпь может носить розеолезный или папулезный характер. Такая сыпь обычно не бывает стойкой и уже через несколько часов от момента появления либо полностью исчезает, либо трансформируется в геморрагическую.

При объективном осмотре больных выявляется бледность кожных покровов и цианоз разной степени выраженности. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается тахикардия, склонность к снижению (или снижению) уровня артериального давления. Часто выявляется олигурия. Клиническая картина определяется тяжестью течения заболевания. В случае нарастания явлений интоксикации течение заболевания может осложниться развитием инфекционно-токсического шока. В редких случаях менингококкемия может иметь *сверхострое (молниеносное, фульминантное)* течение, при котором очень быстро (всего за несколько часов от момента заболевания) развивается клиническая картина инфекционно-токсического шока. Такой вариант течения заболевания обычно заканчивается летально уже в течение первых 2 суток от начала заболевания.

*Менингит* также обычно начинается остро с озноба и подъема температуры тела до высоких значений. Состояние больного быстро ухудшается. На фоне нарастающих явлений интоксикации появляются признаки поражения нервной системы: выраженная головная боль, боль в глазных яблоках при движении, рвота, повышенная чувствительность к различным раздражителям (светобоязнь, непереносимость громких звуков, повышенная чувствительность кожи и т.д.). К концу первых суток от начала заболевания появляются и быстро прогрессируют признаки поражения мозговых оболочек: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского и др. При тяжелом течении у больных рано отмечается нарушение сознания, возбуждение, двигательное беспокойство, судороги. Важное значение в установлении диагноза менингита имеет исследование спинномозговой жидкости (ликвора), которую получают путем люмбальной пункции в поясничном отделе позвоночника.

Появление у больных стойкой очаговой неврологической симптоматики в виде парезов, параличей, психических расстройств, сонливости свидетельствует о развитии *менингоэнцефалита*. Помимо менингеальных симптомов у таких больных выявляются патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россоломо, свидетельствующие о поражении вещества мозга.

В ряде случаев развивается *смешанная* форма менингококковой инфекции, при которой выявляются признаки менингококкемии и менингита.

После перенесенной болезни у больных формируется стойкий типоспецифический иммунитет.

### **Особенности ухода за больными менингококковой инфекцией**

Поскольку менингококковая инфекция передается воздушно-капельным путем, медицинский персонал, работающий в отделении, должен постоянно пользоваться марлевыми масками.

Больные с генерализованными формами менингококковой инфекции нуждаются в постоянном наблюдении и уходе, поскольку находятся на строгом постельном режиме. При менингококкемии наблюдаются выраженные нарушения трофики кожи, способствующие быстрому формированию пролежней. Медицинская сестра должна периодически менять положение больного в постели, ежедневно обтирать его кожные покровы теплым раствором воды со спиртом и следить за их состоянием, обращая особое внимание на крупные кровоизлияния, в центре которых может формироваться некроз. При выявлении очагов сухого некроза на эти участки кожи накладывают стерильные сухие повязки. При появлении первых признаков образования пролежней (покраснения кожи в местах постоянного или длительного давления) данные участки кожи следует обрабатывать раствором камфорного спирта. Кроме того, необходимо осуществлять тщательный уход за полостью рта. В аналогичном уходе (за кожей и слизистыми) нуждаются и больные с менингитом.

Поскольку у больных с генерализованными формами менингококковой инфекции отмечается повышенная чувствительность к внешним раздражителям, в палатах необходимо поддерживать охранительный режим.

Объемы вводимой больному парентерально жидкости с целью дезинтоксикации определяются суточным диурезом, поэтому необходимо следить за мочеиспусканием, контролируя объемы выводимой жидкости. При задержке мочи необходимо своевременно вводить катетер, не допуская переполнения мочевого пузыря.

Следует помнить о возможных осложнениях, которые могут развиваться при генерализованных формах менингококковой инфекции и при выявлении первых клинических признаков немедленно сообщать о них лечащему или дежурному врачу. Следует обращать особое внимание на наличие бледности кожных покровов, цианоза, рвоты, состояние пульса, уровень артериального давления, сознание больного, наличие возбуждения и пульса.

При уходе за больными с менингококковой инфекцией необходимо строгое соблюдение санитарно-гигиенических правил и проведение текущей дезинфекции.

Наиболее эффективным методом профилактики менингококковой инфекции является раннее выявление и изоляция больных, а также санация носителей менингококка. Лица, бывшие в контакте с больными, подлежат медицинскому наблюдению в течение 10 дней с момента последнего контакта. С этой целью проводится посев слизи из носоглотки на менингококк (не менее двух раз).

По эпидемиологическим показаниям проводится специфическая профилактика путем иммунизации.

### **План сестринского ухода при менингококковой инфекции:**

**Нарушенные потребности:** поддерживать нормальную температуру тела, есть, пить, спать, общаться, дышать, в безопасности, быть здоровым, быть чистым, двигаться.

**Проблемы настоящие:** головная боль, боли в горле, сухой кашель, насморк, слабость, недомогание, потеря аппетита, нарушение сна, лихорадка, озноб, сыпь, рвота, судороги.

**Проблемы потенциальные:** миокардит, эндокардит, пневмония, токсико-инфекционный шок, отек мозга.

**Краткосрочная цель:** Состояние пациента улучшится к концу недели: t тела снизится до нормальных цифр, не будет судорог, рвоты.

**Долгосрочная цель:** Выздоровление пациента.

ПЛАН	МОТИВАЦИЯ
1. Изоляция больного, обеспечение абсолютного покоя.	Для предупреждения возбуждения пациента.
2. Соблюдение строгого постельного режима.	Для предупреждения осложнений
3. Обеспечить проветривание помещения - не менее 2 раз в день, применение кварца - 2 раза в сутки; температура должна быть благоприятной 18 - 20°C. Контроль за дез.режимом	Для обогащения воздуха кислородом. Для уничтожения патогенных м.о. Для предупреждения распространения инфекции.
4. Обеспечить своевременную смену нательного и постельного белья.	Для соблюдения чистоты тела.
5. Туалет больного (область промежности, подмышечные впадины, у женщин под молочными железами, полость рта, уши).	Для соблюдения чистоты тела.
6. Смена положения пациента через каждые 2 часа.	Для профилактики пролежней и застойной пневмонии.
7. Обеспечить витаминизированное питье: компоты, сладкий чай с лимоном, фруктовые и овощные соки. Высококалорийное рациональное питание.	Для снижения интоксикации. Для активизации обменных процессов.
9. Выполнение врачебных назначений: - бензилпенициллина натриевая соль и бензилпенициллина калиевая соль в/м 200 - 400 ЕД на 1 кг веса каждые 3 часа; - инфузионная терапия: реополиглюкин, полиглюкин, гемодез, глюкоза, физ.р-р; - мочегонные: фуросемид, лизикс; - глюкокортикоиды: преднизолон, гидрокортизон или дексазон; - инотропы: допамин;	Для специфического лечения заболевания.

<ul style="list-style-type: none"><li>- диазепам;</li><li>- антипиретики.</li></ul>	
---	--

## Контрольно – оценочный материал

### I. Решение ситуационных задач

#### Задача №1

К больному С, 25 лет, была вызвана скорая помощь на 2-й день болезни. Заболел остро, температура тела поднялась до  $40^{\circ}\text{C}$ , сильная головная боль, слабость, тошнота, однократная рвота. На следующий день состояние ухудшилось, на коже заметил обильную сыпь.

При осмотре: в сознании, но адинамичен, вял, бледный. На коже, в основном нижних конечностей, обильная звездчатая геморрагическая сыпь, единичные элементы располагаются на лице, туловище, местами сливаются, имеются некрозы. Одышка - ЧДД 36 в мин. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный, 104 уд./мин., АД 60/0 мм рт.ст. Язык сухой, обложен, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не пальпируются, не мочится. Менингеальных симптомов нет.

*Задания:*

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

#### Задача № 2

Пациент С, 20 лет, доставлен в стационар машиной скорой помощи в первые сутки болезни с диагнозом "Менингококковая инфекция. Менингококкцемия". Заболел остро. Подъем температуры до  $40^{\circ}\text{C}$ , во втором часу от начала болезни на коже нижних конечностей появилась сыпь, которая быстро нарастала.

Объективно: бледность кожных покровов, на конечностях, туловище обильная геморрагическая сыпь с элементами некротических участков, одышка, ЧДД 36 в минуту, пульс 110 ударов в минуту, АД 60/20 мм. рт.ст, диурез снижен, менингеальные знаки — отрицательные.

*Задания:*

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

#### Задача № 3

У пациента сразу после введения противодифтерийной сыворотки внутривенно, подкожно резко ухудшилось общее состояние: апатия, бледность кожных покровов, аритмичный нитевидный пульс, тоны сердца глухие, одышка. Температура  $35,3^{\circ}\text{C}$ .

*Задания:*

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

## **II. Установите соответствие:**

Дифтерия:

1. Лихорадка
2. Кашель
3. Головная боль
4. Насморк
5. Приступы удушья
6. Стеноз
7. Интоксикация
8. Слабость
9. Боли в горле
10. Боли в животе

Менингококковая  
инфекция:

11. Рвота
12. Отек слизистой оболочки
13. Потеря аппетита
14. Паутинообразные студенистые  
налеты
15. Сухой кашель
16. Недомогание
17. Снижение аппетита
18. Нарушение сна
19. Озноб
20. Сыпь
21. Судороги

## Эталон ответов

### I. Решение ситуационных задач

#### Задача №1

1. Менингококковая инфекция. Менингококкцемия. Инфекционно-токсический шок 2-й степени. Основания для диагноза - острое начало, сочетание выраженной интоксикации с характерной геморрагической сыпью с некрозами на бледном фоне кожи. Тахикардия, падение АД, одышка, анурия. Выраженные изменения функции сердечно - сосудистой системы, анурия свидетельствуют о развитии у больного ИТШ - 2-й степени.

2. Основной тактической задачей при диагностике ИТШ является организация быстрой транспортировки больного в реанимационное отделение инфекционной больницы (минуя приемный покой), сочетающаяся с поддержанием жизненно важных функций организма, в первую очередь - гемодинамики. С этой целью на догоспитальном этапе необходимо больному парентерально ввести преднизолон, лучше в/в 30-60-90 мг.в 20 мл. глюкозы, подключить кислород, начать этиотропную терапию (введение левомецетина - сукцината, в случае отсутствия - пенициллина).

#### Задача №2

1. У пациента развился инфекционно-токсический шок II степени (субкомпенсированный); критерии оценки тяжести шока: частота пульса, величина АД, снижение диуреза, бледность кожных покровов.

2. Алгоритм действий медсестры:

- выполнять назначение врача;
- уложить больного с приподнятым ножным концом;
- дать увлажненный кислород через носовой катетер;
- подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы, лекарственные препараты (преднизолон для в/в введения, антибиотики: пенициллин, левомецетин - сукцинат);
- по возможности, обеспечить доступ в вену лекарственных препаратов;
- следить за гемодинамикой, АД, Ps, диурезом, состоянием сознания, предупреждать травматизацию больного.

#### Задача №3

1. У больного в результате введения противодифтерийной анитоксической сыворотки развилось осложнение: анафилактический шок.

2. Алгоритм действий медсестры:

- ✓ уложить больного с приподнятым ножным концом освободить от стесняющей одежды;
- ✓ немедленно вызвать врача, реанимационную бригаду через третье лицо;
- ✓ при парентеральном введении лекарственного вещества, вызвавшего анафилактический шок, выше места введения нужно наложить жгут;
- ✓ приготовить необходимые медикаменты, шприцы, системы;

- ✓ обколоть место инъекции сыворотки, вызвавшей шок раствором 0,1% адреналина;
- ✓ холод на место инъекции;
- ✓ доступ свежего воздуха, по возможности провести ингаляцию увлажненным кислородом;
- ✓ подготовить противошоковый набор «анафилактический шок», подготовить набор для интубации, ИВЛ;
- ✓ следить за гемодинамикой, АД, пульсом, ЧД, состоянием кожных покровов;
- ✓ обеспечить доступ лекарственных средств в вену.

## II. Установите соответствие:

Для дифтерии характерны:

1. Лихорадка
2. Кашель
3. Головная боль
4. Насморк
5. Приступы удушья
6. Стеноз
7. Интоксикация
8. Слабость
9. Боли в горле
10. Боли в животе
11. Рвота
12. Отек слизистой оболочки
13. Потеря аппетита
14. Паутинообразные студенистые налеты

Для менингококковой инфекции характерны:

1. Головная боль
2. Боли в горле
3. Сухой кашель
4. Насморк
5. Слабость
6. Недомогание
7. Снижение аппетита
8. Нарушение сна
9. Лихорадка
10. Озноб
11. Сыпь
12. Рвота
13. Судороги

## Список рекомендуемой литературы

### *Основная литература:*

1. Мухина С.А., Тарновская И.И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»»: Учебник.-2-е изд.,испр. и доп.-М:ГЭОТАР- 2008
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела – Ростов – на- Дону: Феникс 2008
3. Малов В.А., Малова Е.Я. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования. - 5-е издание, переработанное и дополненное. - М.: Издательский центр «Академия», 2010. - 416 с.
4. Белоусова А.К., Дунайцева В.Н. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: учебник.- Ростов н/Д: Феникс, 2012г., (122-145 стр.)
5. Покровский В.И., Пак С.Г., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. – М. – 2012. (308-366 стр.)

### *Дополнительная литература:*

1. Бунин К.В., Соринсон С.Н. Неотложная терапия при инфекционных болезнях. - Л., 2001.
2. Гавришева Н.А., Антонова Т.В. Инфекционный процесс: Клинические и патофизиологические аспекты: Учеб. Пособие. – СПб., 1999.
3. Казанцев А.П.Справочник по инфекционным болезням. - М.: "Медицина", 2002.
4. Лобзин Ю. В. Руководство по инфекционным болезням - СПб.: «Фолиант», 2009
5. Постовит В.А. Детские капельные инфекции у взрослых. - Л., 1982.
6. Чайцев В.Г. Неотложные состояния при основных инфекциях. - Л., 1992.

### *Интернет- ресурсы*

1. <https://sites.google.com/site/uciminfekcionnyebolezni/>
2. <http://www.krugosvet.ru/enc/meditsina/infektsionnye-bolezni>
3. <http://medportal.ru/enc/infection/>