

Учреждение образования
«Пинский государственный медицинский колледж»

Дисциплина: «Сестринское дело при инфекционных
заболеваниях»

Специальность: «Сестринское дело» 2 курс

Теоретическое занятие 15.

Тема: «Сыпной тиф. Болезнь Лайма. Клещевой энцефалит»

Вопросы:

1. Сыпной тиф (A75). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Осложнения. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Организация сестринского ухода и наблюдения за пациентами. Диспансерное наблюдение. Профилактика сыпного тифа. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Мероприятия по выявлению и профилактике педикулеза. Болезнь Брилла.
2. Болезнь Лайма (A69.2) Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Организация сестринского ухода и наблюдения за пациентами. Диспансерное наблюдение. Профилактика болезни Лайма.
3. Клещевой энцефалит (A84) Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Организация сестринского ухода и наблюдения за пациентами. Диспансерное наблюдение Специфическая и неспецифическая профилактика клещевого энцефалита.

Эпидемический сыпной тиф (СТ) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся развитием тромбоваскулита и проявляющееся лихорадкой, интоксикацией, розеолезно-петехиальной экзантемой, поражением нервной системы.

Болезнь Брилла – повторный (рецидивный) сыпной тиф, возникающий у людей, перенесших сыпной тиф в прошлом, в организме которых сохранились риккетсии.

Лайм-боррелиоз (ЛБ) – трансмиссивное, природноочаговое заболевание, характеризующееся поражением кожи, суставов, нервной системы, сердца, с частым хроническим рецидивирующим течением.

Клещевой энцефалит (КЭ) – острая нейровирусная природно-очаговая трансмиссивная инфекция, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, выраженным поражением ЦНС.

Этиология СТ. Возбудитель болезни - **риккетсии Провачека, занимающие промежуточное положение между вирусами и бактериями, неподвижные, грамотрицательные.** Они быстро гибнут во влажной среде, но длительно сохраняются в сухих фекалиях вшей (несколько месяцев), хорошо переносят низкие температуры, гибнут при кипячении через 30 с. Чувствительны к воздействию обычных дезинфицирующих средств (лизол, фенол, формалин), высокочувствительны к тетрациклину, левомицетину, эритромицину, рифампицину. Риккетсии Провачека обладают гемוליзином и эндотоксином, имеют поверхностный термолабильный и соматический термостабильный антигены, в организме человека размножаются

Этиология ЛБ. Возбудитель ЛБ - спирохеты, относящиеся к роду боррелий (*Borrelia*). Они представляют собой извитую спираль, грамотрицательную, имеющую жгутики и способную к активному движению.

Антигенная структура боррелий неоднородна. Так, до недавнего времени считалось, что единственным возбудителем инфекции является *Borrelia Burgdorferi*. В последние годы в различных природных очагах выделены боррелии, отличающиеся по антигенной структуре. Боррелии чрезвычайно требовательны к условиям культивирования: хорошо растут на средах, содержащих

Этиология КЭ. Возбудителем является **РНК-содержащий вирус, относящийся к роду *Flavivirus*.** Выделяют восточные и западные антигенные варианты вирусов, вызывающих различные нозологические формы клещевого энцефалита. Вирус культивируется на куриных эмбрионах; из домашних животных наиболее чувствительны к вирусу овцы, козы, коровы, лошади. Вирус относительно устойчив во внешней среде: хорошо сохраняется при низких температурах и замораживании. Быстро разрушается при воздействии высоких температур, ультрафиолетовых лучей, лизола и

Эпидемиология СТ. Сыпной тиф - **трансмиссивный антропоноз**. Источник инфекции - **больной эпидемическим сыпным тифом или болезнью Брилла, который заразен в период риккетсиемии**.

Механизм заражения - **трансмиссивный**, переносчики риккетсий - **вши**, выделяющие риккетсии с фекалиями, при втирании которых в кожу человека происходит его заражение. Восприимчивость к инфекции очень высокая, сезонность зимне-весенняя в период скученности людей. Болезнь Брилла развивается преимущественно у лиц старшего возраста, перенесших в прошлом эпидемический сыпной тиф. После перенесенного сыпного тифа формируется прочный и

Эпидемиология ЛБ.

Резервуаром боррелий в природных очагах являются **мелкие и крупные дикие животные** (грызуны, сумчатые, олени и др.), которые служат прокормителями **клещей рода Ixodes** – переносчиков боррелий.

Механизм заражения - **трансмиссивный**. При присасывании (укусе) иксодового клеща возбудитель попадает с его слюной в организм человека. Человек заражается в природных очагах ЛБ при посещении лесных и лесопарковых массивов, во время работы на дачных участках (преимущественно в весенне-летний период). Л Б регистрируется во многих странах, в том числе и в Беларуси, где в последние годы

Эпидемиология КЭ. Клещевой энцефалит относится к природно-очаговым болезням. Основным резервуаром и переносчиком вируса в природе являются **иксодовые клещи**, а их прокормителями - грызуны, птицы, хищники, из домашних животных - коровы, овцы, козы. Механизм заражения - **трансмиссивный**, через укусы зараженных клещей. Клещи становятся заразными через 5-6 дней после кровососания на инфицированном животном, и вирус сохраняется в них в течение всей жизни. Клещи могут передавать вирус потомству. Возможна также передача инфекции человеку **алиментарным путем** – при употреблении в пищу сырого молока коз и коров. Для клещевого энцефалита характерна строгая весенне-летняя (май - июнь) сезонность заболеваемости. Чаще болеют лица в возрасте 20-40 лет. Природные очаги инфекции расположены в зоне тайги и лиственных лесов (районы Западной Сибири и Урала). На территории Беларуси встречается западный вариант

Патогенез СТ.

1. Входные ворота – место укуса вши
2. Проникновение возбудителя через рану после укуса вши
3. Появление зуда в ране и втирание в рану фекалий
4. Через 5-15 минут возбудитель попадает в кровь
5. Локализация и размножение возбудителя в эндотелиальных клетках кровеносных сосудов
6. При гибели возбудитель выделяет эндотоксин – развиваются риккетсиемия и токсинемия, определяющие клинические проявления болезни
7. Деструктивно-пролиферативный генерализованный тромбоваскулит – вследствие внутриклеточного паразитирования риккетсий
8. В головном мозге возникает менингоэнцефалит с образованием специфических гранулем Попова-Давыдовского

Патогенез ЛБ.

1. При укусе человека инфицированный клещ со слюной вводит боррелии в ранку
2. В коже в месте входных ворот боррелии длительное время размножаются, вызывая воспалительную реакцию – первичный аффект
3. По лимфатическим и кровеносным сосудам боррелии диссеминируют во внутренние органы, суставы, проникая через гематоэнцефалический барьер
4. Происходит воспаление мягких мозговых оболочек и вещества головного мозга
5. Развитие клинической картины или латентный период

Патогенез КЭ.

1. Входными воротами инфекции при трансмиссивном заражении является кожа, а при алиментарном – слизистая оболочка пищеварительного тракта
2. Первичное размножение вируса происходит в коже и подкожной клетчатке в непосредственной близости от места внедрения
3. Лимфогенным путем возбудитель диссеминирует в лимфатические узлы, гематогенно – по организму
4. Вирус проходит через гематоэнцефалический барьер и вызывает диффузный менингоэнцефалит
5. В патологический процесс вовлекается серое вещество головного и спинного мозга, особенно двигательные нейроны спинного мозга и ствола головного мозга
6. Развитие вялых парезов и параличей

Клиника СТ. Инкубационный период составляет в среднем 12-14 дней в пределах от 6 до 25 дней. В течении болезни выделяют три периода: начальный, разгара и реконвалесценции.

Начальный период длится 4—5 дней, от повышения температуры до появления сыпи. Заболевание начинается остро с повышения температуры тела до 39-40 °С, выраженной слабости, головной боли. Больной может точно указать не только день, но и час начала болезни. В дальнейшем симптомы заболевания резко нарастают: головная боль усиливается и становится нестерпимой, иногда пульсирующей, появляется бессонница. Больной возбужден, эйфоричен, говорлив, при тяжелых формах может быть нарушено сознание. При осмотре: лицо гиперемировано, одутловато, склеры инъецированы («кроличьи глаза»), кровоизлияния в конъюнктиву (симптом Киари-Авцины).

На слизистой оболочке мягкого нёба и язычка появляются точечные багрово-красные пятнышки (симптом Розенберга). С 3-4-го дня болезни отмечается увеличение печени и селезенки.

Период разгара от момента появления сыпи до нормализации температуры тела и составляет 4-8 дней. Основным симптомом является розеолезно-петехиальная или петехиальная экзантема, которая появляется одновременно на 4-6-й день болезни и локализуется на боковых поверхностях туловища и гибтательных поверхностях рук. Клиницисты сравнивают сыпь со звездным небом. Она держится 7-8 дней и постепенно исчезает.

В этот период наблюдается лихорадка постоянного типа в пределах 39-40 °С, головная боль усиливается, становится невыносимой, отмечается бессонница, возбуждение, дезориентация пациента во времени и пространстве, т.е. развивается status typhosus. Признаком поражения головного мозга является симптом Говорова-Годелье (невозможность высунуть язык дальше передних нижних зубов и его толчкообразные движения). Больные склонны к агрессии и суицидным попыткам. Со стороны ССС – тахикардия, гипотония, приглушение тонов сердца.

В период реконвалесценции (с момента нормализации температуры тела) наступает обратное развитие клинических проявлений болезни: исчезают симптомы интоксикации и поражения нервной системы, угасает сыпь, нормализуются размеры печени и селезенки. Температура в норме на 8-12-й день болезни. Сохраняется общая слабость, шум в ушах, артериальная гипотензия, астенический синдром. Наблюдаются стертые формы, протекающие с кратковременной лихорадкой, часто без сыпи. Болезнь Брилла встречается преимущественно у лиц старшего возраста с ослабленным преморбидным фоном и меньшей выраженностью основных клинических проявлений. В начальном периоде интоксикация, температура тела в пределах 38-39 °С, выявляется энантема. Период разгара обычно не превышает 5-7 дней. лихорадка ремиттирующего типа

Клиника ЛБ. Инкубационный период продолжается от 3 до 30 дней. В течении болезни выделяют три стадии: 1) локализованную; 2) раннюю диссеминированную; 3) позднюю диссеминированную. В зависимости от длительности клинических проявлений различают острое течение (до 3 месяцев), подострое (от 3 до 6 месяцев) и хроническое (более 6 месяцев).

Первая стадия (локализованная, эритемная) выявляется примерно у 70% инфицированных людей и характеризуется появлением эритемы на месте укуса клеща. На фоне умеренно выраженной интоксикации (общая слабость, головная боль, субфебрильная температура тела) на месте присасывания клеща отмечается зуд, боль, отек и покраснение кожи. Патогномичным симптомом этой стадии является эритема, которая постепенно увеличивается (ползучая, мигрирующая эритема), достигая в диаметре от 3-10 до 70 см и более. Контур эритемы четкие, часто извилистые, края несколько возвышаются над уровнем кожи. По мере продвижения участка гиперемии кожи к периферии центральная часть бледнеет и эритема приобретает вид кольца (кольцевидная эритема), а в некоторых случаях остается сплошной (гомогенной). Постепенно кожа бледнеет, остается умеренная пигментация и шелушение. Характерен регионарный лимфаденит. Примерно у 30% больных эритема может отсутствовать (безэритемная форма), что затрудняет диагностику ЛБ в период локализованной инфекции.

Вторая стадия, связанная с диссеминацией возбудителя, развивается на 4-6-й неделе заболевания. Поражения нервной системы проявляются менингитом, менингоэнцефалитом, поражением периферической нервной системы. Менингит проявляется триадой клинических симптомов (лихорадка, головная боль, рвота). При обследовании – ригидность мышц затылка, симптом Кернига, Брудзинского. При развитии энцефалита отмечается нарушение сна, снижение памяти, эмоциональная лабильность, поражение черепно-мозговых нервов (особенно лицевого). Поражение периферических нервов проявляется корешковыми болями и расстройствами чувствительности, полиневритами, плекситами. В некоторых случаях развивается синдром Баннварта – сочетание серозного менингита с радикулоневритом.

Выявляются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Появляются неприятные ощущения и боли в области сердца, сердцебиение. Отмечается тахикардия, гипотония, приглушение тонов сердца, расширение его границ, на ЭКГ видны диффузные изменения в миокарде, атриовентрикулярная блокада. Возможно развитие миокардита. Первая и вторая стадии соответствуют острому и подострому течению болезни.

Третья стадия (поздняя диссеминированная) проявляется через несколько месяцев или лет после начала заболевания и соответствует хроническому течению болезни. Одним из частых проявлений этого периода является артрит. Как правило, поражаются один или два-три крупных сустава (плечевые, тазобедренные), особенно часто – коленные. Отмечаются боли, припухлость, гиперемия кожи в области пораженного сустава, нарушение функции. Поздние поражения нервной системы проявляются

Клиника КЭ. Инкубационный период составляет в среднем 7-14 дней (от 3 до 21 дня) и зависит от места присасывания клеща. Более короткий срок инкубации (4-6 дней) характерен для алиментарного заражения. Заболевание начинается остро с повышения температуры тела до 38-39 °С, сопровождающегося ознобом, появления общей слабости, сильной головной боли, мышечных болей, тошноты и рвоты. Отмечается гиперемия кожи лица, шеи, туловища, инъеция сосудов склер и конъюнктив. Больные заторможены, сонливы. Температурная кривая может быть двухволновой. В зависимости от характера неврологических расстройств выделяют следующие клинические формы клещевого энцефалита: лихорадочную, менингеальную, менингоэнцефалитическую, полиомиелитическую, полирадикулоневритическую.

Лихорадочная форма характеризуется симптомами токсико-инфекционного генеза: общей слабостью, головной болью, тошнотой. Лихорадка кратковременная (3-5 дней), течение благоприятное, выздоровление полное.

Менингеальная форма характеризуется сочетанием общетоксического синдрома и клиникой серозного менингита, возникающего с первых дней заболевания. В ликворе отмечается незначительный лимфоцитарный цитоз (100-200 клеток в 1 мкл) и небольшое увеличение белка. Исход заболевания всегда благоприятный. Эта форма типична для западного варианта клещевого энцефалита.

Менингоэнцефалитическая форма проявляется развитием диффузного или очагового поражения головного мозга. При диффузном клещевом менингоэнцефалите на фоне общетоксического и менингеального синдромов развиваются симптомы энцефалита: отмечается нарушение сознания, бред, психомоторное возбуждение, потеря ориентации во времени и пространстве. Уже на 2-4-й день болезни могут появиться парезы и параличи мускулатуры шеи и плечевого пояса. В ликворе отмечается умеренный плеоцитоз лимфоцитарного характера и повышение уровня белка. При очаговом менингоэнцефалите клиническая симптоматика зависит от участка поражения ЦНС. Исходом менингоэнцефалитической формы в 20-40% случаев являются остаточные проявления: ухудшение памяти и мышления, эпилептиформные припадки.

При полиомиелитической форме уже с 3-4-го дня болезни на фоне общемозговых симптомов развиваются вялые парезы и параличи мышц шеи, туловища, конечностей. При этом больной не в состоянии удерживать голову в вертикальном положении (она свисает на грудь), поднятая рука больного пассивно падает. В последующем развивается атрофия мышц плечевого пояса и верхних конечностей.

Полирадикулоневритическая форма характеризуется наряду с общетоксическими и менингеальными симптомами поражением корешков и периферических нервов. Развиваются парестезии (чувство ползания мурашек, покальвания), появляются боли по ходу нервных стволов, расстройство чувствительности в дистальных отделах конечностей по типу «перчаток», «носков». На территории Беларуси регистрируются случаи двухволнового менингоэнцефалита (двухволновая молочная лихорадка). Каждая волна лихорадки продолжается от 2 до 15 дней с интервалом 1-2 недели. При первой температурной волне преобладают общетоксические проявления, при повторном повышении температуры проявляются менингеальные и

Диагностика СТ.

Обязательная:

- ✓ Общий (клинический) анализ крови развернутый.
- ✓ Общий анализ мочи.
- ✓ ЭКГ.
- ✓ Определение групповых антител к риккетсиям (*Rickettsia spp.*) в крови

Дополнительная:

- ✓ Исследование показателей гемостаза.
- ✓ Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости.
- ✓ Консультация

Диагностика ЛБ.

Амбулаторная:

- ✓ Обязательная:
- ✓ Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи.
- ✓ ЭКГ
- Дополнительная:
- ✓ Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, определение концентрации С-реактивного белка (далее – СРБ).
- ✓ Консультация врача- невролога, врача- дерматовенеролога

Стационарная:

Обязательная:

- ✓ Общий (клинический) анализ крови развернутый.
- ✓ Общий анализ мочи.
- ✓ ЭКГ.
- ✓ Определение антител к борелии Бургдорфера (*Borrelia burgdorferi*) в крови

Дополнительная:

- ✓ Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, СРБ.
- ✓ Консультация врача-невролога, врача- дерматовенеролога

Диагностика КЭ.

Обязательная:

- ✓ Общий (клинический) анализ крови развернутый.
- ✓ Общий анализ мочи.
- ✓ Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы.
- ✓ ЭКГ.
- ✓ Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости.
- ✓ Определение антител к вирусу клещевого энцефалита в крови.
- ✓ Консультация врача-невролога, врача- офтальмолога

Дополнительная:

- ✓ Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ.
- ✓ МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга).
- ✓ Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирус клещевого энцефалита.
- ✓ Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус клещевого энцефалита

Лечение СТ.

- ✓ Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения в экстренном порядке
- ✓ 1. Лечебное питание (диета М).
- ✓ 2. Антибактериальная терапия (7 дней).
 - ✓ 2.1. ЛС выбора:
 - ✓ доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут.
 - ✓ 2.2. Альтернативные ЛС:
 - ✓ хлорамфеникол по 500 мг внутрь 4 раза/сут.
- ✓ 3. Дезинтоксикационная терапия (10-30 мл/кг/сут):
 - ✓ 5% раствор глюкозы;
 - ✓ 0,9% раствор натрия хлорида;
 - ✓ растворы электролитов;
 - ✓ декстраны.
- ✓ 4. НПВС:
 - ✓ кеторолак 40-120 мг/сут внутрь или в/м;
 - ✓ метамизол 500-2000 мг/сут внутрь или в/м;

Лечение ЛБ.

Амбулаторное:

- ✓ Антибактериальная терапия:
 - ✓ тетрациклины (доксициклин 100 мг 2 раза/сут внутрь) 14 дней;
 - ✓ альтернативные ЛС: полусинтетические пенициллины (амоксициллин 500 мг 3 раза/сут внутрь) или цефалоспорины (цефутоксим 500 мг 2 раза/сут внутрь) 14 дней;
- ✓ при невозможности использовать доксициклин, амоксициллин или цефутоксим под тщательным мониторингом могут быть использованы макролиды (азитромицин 500 мг/сут 7-10 дней)

Стационарное:

1. Лечебное питание (диета М).
2. Антибактериальная терапия.
 - 2.1. ЛС выбора:
 - ✓ доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут 14 – 21 день;
 - 2.2. Альтернативные ЛС:
 - ✓ полусинтетические пенициллины (амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза/сут 14 – 21 день) или цефалоспорины (цефутоксим 500 мг внутрь 2 раза/сут 14 – 21 день), или макролиды (азитромицин 500 мг/сут внутрь 7-10 дней). Макролиды использовать только при полной

Лечение КЭ.

- ✓ 1. Лечебное питание (диета М).
- ✓ 2. Дезинтоксикационная терапия (10-30 мл/кг/сут): 5%, 10% раствор глюкозы;
 - ✓ 0,9% раствор натрия хлорида;
 - ✓ растворы электролитов;
 - ✓ декстран.
- ✓ 3. При развитии отека-набухания вещества головного мозга:
 - ✓ сормантол или маннитол 0,25-2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30-60 минут;
 - ✓ фуросемид 40-120 мг в/в струйно.
- ✓ 4. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5% раствор 2-4 мл в/в или в/м.
- ✓ 5. НПВС:
 - ✓ кеторолак 40-120 мг/сут внутрь или в/м;
 - ✓ метамизол 500-2000 мг/сут внутрь или в/м;
 - ✓ парацетамол 500-2000 мг/сут внутрь.
- ✓ 6. При тяжелой степени энцефалитической и миелитической формах назначают кортикостероиды:
 - ✓ дексаметазон 0,15 мг/кг в/в 4 раза/сут 4 дня

РЕЖИМЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ:

| | |
|--------------------------|--|
| ОБЩИЙ РЕЖИМ | Пациент самостоятельно себя обслуживает, осуществляет мероприятия личной гигиены, свободно ходит по коридору, в столовую. Ему могут быть разрешены прогулки по территории больницы, в летнем саду |
| ПОЛУПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ | Пациенту разрешается передвигаться в пределах палаты, сидеть на стуле около кровати. Кормление производят в палате. Мероприятия личной гигиены пациент может осуществлять самостоятельно или с помощью медицинской сестры |
| ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ | Пациенту разрешается поворачиваться в постели, но не покидать её. Кормление, мероприятия личной гигиены ему помогает выполнять медицинская сестра |
| СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ | Пациенту не разрешается вставать, садиться, активно двигаться в постели, поворачиваться. Все гигиенические мероприятия, физиологические отправления он совершает в постели. Медицинская сестра ухаживает за пациентом, кормит его, осуществляет все мероприятия, необходимые для выполнения правил личной гигиены тяжелобольного |

ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ:

1. Лечение – выполнение назначений врача
2. Питание
3. Личная гигиена: Бельевой режим Профилактика пролежней Физиологические отправления Уход за лицом и телом

| | |
|--------------------------------------|--|
| Первое звено эпидемического процесса | <ol style="list-style-type: none">1. Заполнение и отправка экстренного извещения2. Лечение пациента с предположительным диагнозом3. Обследование лиц, контактирующих с пациентом с предположительным диагнозом |
| Второе звено эпидемического процесса | <ol style="list-style-type: none">1. Установка карантина для карантинных заболеваний2. Прерывание механизма и пути передачи инфекционного заболевания3. Выполнение правил санитарного противоэпидемического режима |
| Третье звено эпидемического процесса | <ol style="list-style-type: none">1. Проведение санитарно-просветительной работы среди населения про инфекции2. Применение профилактических прививок по календарю3. Соблюдение личной гигиены |

Профилактика СТ. Важное значение имеет борьба с педикулезом - при выявлении завшивленности срочно проводятся дезинсекционные мероприятия. Мероприятия, направленные на источник инфекции, заключаются в раннем выявлении и изоляции больного. Наблюдение за контактными лицами ведется на протяжении 25 дней со дня госпитализации больного с ежедневной термометрией. В эпидемических очагах все больные с подозрением на сыпной тиф, у которых лихорадка длится более пяти дней, подлежат провизорной госпитализации. В очаге проводится дезинфекция (камерная обработка одежды). В настоящее время выделены контингенты, подлежащие обязательному осмотру на педикулез с последующим проведением оздоровительных противопедикулезных мероприятий: учащиеся; дети, выезжающие в оздоровительные учреждения; лица, поступающие в стационар; проживающие в общежитии. Специфическая профилактика имеет вспомогательное значение и проводится по эпидемическим показаниям во время повышенной

Профилактика ЛБ. Специфическая профилактика не разработана. Во время пребывания в эпидемически неблагоприятной по ЛБ местности следует соблюдать меры индивидуальной защиты от клещей. Необходимо использовать тщательно подогнанную одежду, плотно прилегающую к телу и исключающую попадание под нее клещей. После посещения леса необходимо проводить само- и взаимоосмотры. Открытые участки кожи обрабатываются отпугивающими средствами (дифтоллар и др.). Обнаруженный клещ должен быть немедленно удален. Его помещают в пробирку или стеклянный (пенициллиновый) флакон, который закрывается ватно-марлевой пробкой, и доставляют в лабораторию для экспресс-диагностики клещей в НИИ эпидемиологии и микробиологии либо ЦГЭ. Присосавшийся клещ удаляется следующим образом: место укуса вместе с клещом накрывают ватой, смоченной любым жидким маслом (вазелином, подсолнечным маслом) на 30 мин, затем кожу обрабатывают дезинфицирующим раствором и, захватив клеща пинцетом, осторожными качательными движениями извлекают из кожных покровов. В случае отрыва брюшка остатки ротового аппарата насекомого удаляют с помощью стерильной иглы, а ранку обрабатывают водородом пероксидом и настойкой йода или обращаются за помощью к врачу-хирургу. При выявлении боррелий в клещах, снятых с больного в первые 3 дня после присасывания клеща

Профилактика КЭ. Во время пребывания в лесопарковых зонах, на садовых участках необходимо соблюдать меры индивидуальной защиты от клещей: пользоваться защитной одеждой и репеллентами (в виде кремов, лосьонов, аэрозолей и т.д.), по возвращении из леса необходимо проводить само- и взаимоосмотры, проверять на наличие клещей одежду, вещи и животных (собак). Козье и коровье молоко в очагах клещевого энцефалита необходимо кипятить. Обнаруженный клещ должен быть немедленно удален в асептических условиях и доставлен в ЦГЭ для обнаружения вирусного антигена. Лицам, подвергшимся укусу клещей, в первые 48 ч с момента его присасывания проводят пассивную иммунопрофилактику с помощью в/м введения 3 мл противэнцефалитного иммуноглобулина либо назначают химиотерапию (ремантадин по 0,1 г 2 раза в день в течение трех дней). За ними устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с ежедневной термометрией. При более позднем обращении пострадавших (свыше 48 ч после присасывания клеща) иммуноглобулин вводится в больших дозах. Вакцинация проводится лицам 18 лет и старше, которые подвержены риску заражения клещевым энцефалитом

Рекомендации к домашнему заданию:

Использованные источники информации к занятию:

Основная – «Инфекционные болезни и сестринское дело» В.И. Комар Минск «Выш. школа», 2013, **с. 243-268 повт. с. 196-223**

Дополнительная – действующие нормативные правовые акты
МЗ РБ, ГГСВ РБ

подготовить выступление