

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. ВЕТРЯНАЯ ОСПА

1.1 Общая характеристика ветряной оспы

1.2 Осложнения при возникновении ветряной оспы

1.3 Лечение и профилактика ветряной оспы

ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

2.1 Роль медицинской сестры в предупреждении возникновения ветряной оспы

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность определяется высоким уровнем заболеваемости, повсеместным распространением. Показатели заболеваемости ветряной оспой превышали показатели заболеваемости другими воздушно-капельными инфекциями (кроме гриппа и острых респираторных вирусных инфекций).

Результативность сестринского вмешательства складывается из целого ряда факторов: эффективности планирования рабочего времени и использования технологий сестринского ухода, взаимодействия в процессе ухода с пациентами и их родственниками, контроля динамики проблем пациента, обеспечения инфекционной безопасности, лекарственной терапии, сроков проведения обследований.

Цель исследования - оценить профессиональную деятельность медсестры в предупреждении возникновения ветряной оспы у детей и возможных осложнений при возникновении данной инфекции.

Задачи курсовой работы:

Изучить материалы научной литературы,

Дать описание ветряной оспе и осложнения при этом заболевании,

Описать профессиональную деятельность медсестры в предупреждении возникновения ветряной оспы у детей.

Объект курсовой работы: ветряная оспа.

Предмет курсовой работы: профессиональную деятельность медсестры в предупреждении возникновения ветряной оспы у детей и возможных осложнений при возникновении данной инфекции.

Структура курсовой работы включает в себя введение, две главы, состоящие из 4 разделов, заключение, список литературы, состоящий из 12 научных изданий.

ГЛАВА 1. ВЕТРЯНАЯ ОСПА

1.1 Общая характеристика ветряной оспы

Ветряная оспа - острая инфекционная болезнь, которая вызывается вирусом,

передается воздушно-капельным путем, характеризуется умеренной интоксикацией, везикулярным сыпью на коже и слизистых оболочках с полиморфизмом элементов (пятна, папулы, везикулы, корочки) на определенном участке кожи.

Исторические данные ветряной оспы.

Впервые как самостоятельную, обособленную от натуральной оспы, эту болезнь описали в конце XVI в. итальянские врачи V. Vidius, G. Ingrassia. Спок Varicella внедрил Vogel в 1872 г. В 1911 г. H. Agago обнаружил элементарные тельца вируса в содержимом везикулярного сыпи. Вирус ветряной оспы впервые культивировал в культуре клеток в 1953 г. T. Weller.

Этиология ветряной оспы.

После установления идентичности вирусов ветряной оспы и опоясывающего герпеса возбудитель получил название вируса Varicella-Zoster (VZV), принадлежит к роду Varicella - virus, семьи Herpesviridae. Диаметр вириона 150-200 нм, он содержит ДНК. Хорошо культивируется в перевиваемых культурах клеток почек обезьян и человека, при этом поражаются ядра клеток с образованием эозинофильных внутриядерных включений (тельца Арагана). Возбудитель неустойчив относительно факторов внешней среды, быстро погибает на открытом воздухе, под действием дезинфицирующих растворов, УФО подобное[6].

Эпидемиология ветряной оспы.

Источником инфекции является больной человек, который становится заразным за сутки до возникновения сыпи и до 5-го дня от момента последних высыпаний.

Ветряной оспой могут заболеть также лица, которые были в контакте с больными опоясывающим герпесом.

Механизм передачи инфекции - воздушно-капельный. С потоком воздуха вирус переносится на относительно большие расстояния (в соседние комнаты, квартиры, с одного этажа на другой). Вследствие малой устойчивости возбудителя распространение его через вещи и третьих лиц наблюдается очень редко. Доказана возможность передачи вируса от матери к плоду через плаценту. ветряная оспа медсестра

Восприимчивость к ветряной оспе очень высокая, индекс контагиозности составляет 70-85%. Более 90% заболевших составляют дети до 10 лет. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 5-9 лет, однако заболеть могут лица любого возраста, в том числе новорожденные, которые не получили трансплацентарно материнских антител. В последние годы увеличился удельный вес заболевших ветряной оспой среди взрослых.

Самая высокая заболеваемость наблюдается в холодное время года - с января по май. После перенесенной болезни остается стойкий пожизненный иммунитет; повторные заболевания наблюдаются редко. Однако вирус может длительно персистировать в иммунном организме. Под влиянием эндогенных и экзогенных факторов у взрослых происходит реактивация латентной инфекции - развивается клиника опоясывающего герпеса.

Входные ворота инфекции - слизистая оболочка верхних дыхательных путей, где происходит первичное размножение вируса. Лимфатическими путями он попадает в

кровь, возникает виремия[4].

Клиника ветряной оспы.

Инкубационный период длится 11-21, чаще 13-15 дней. Обычно болезнь начинается остро с повышения температуры тела до 37,5-38,5 ° и появления сыпи. Иногда наблюдаются продромальные симптомы - субфебрильная температура тела, недомогание. В 5-6% больных за сутки до типичных высыпаний появляется продромальный сыпь (реш), чаще скарлатиноподобная или эритематозная, реже кореподобная. Продромальный сыпь эфемерный, исчезает без следа в течение 1-2 дней. Чаще такой сыпь наблюдается при типичных высыпаниях. Витрянковая сыпь появляется в первый, иногда на второй день болезни одновременно с лихорадкой или на несколько часов позже.

Характерная особенность сыпи - быстрое развитие элементов. Сначала образуются небольшие красные пятна - папулы, которые в течение нескольких часов превращаются в прозрачные пузырьки (везикулы) размером 0,2-0,5 см в диаметре. Они округлой или овальной формы, расположены поверхностно, на неинфильтрованной основе, окруженные венчиком гиперемии, стенка их напряжена. Пузырьки однокамерные, при проколе спадаются. Пупковидные вдавлением в центре не характерно.

Везикул уже в первые сутки мутнеют, они быстро тухнут, подсыхают и покрываются корочками. Первые элементы сыпи обычно обнаруживают на туловище, потом сыпь распространяется на лицо, волосистую часть головы и (минимально) на дистальные отделы конечностей. Единичные везикулы иногда оказываются на ладонях и подошвах. Сыпь может сопровождаться зудом.

Процесс высыпания происходит не одновременно, а толчкообразно и длится 3-4 дня. Поэтому на коже рядом с недавно сформированными папулами есть свежие прозрачные пузырьки и корочки. Это так называемый ложный полиморфизм, характерный для этой болезни. Россыпь хаотично расположенных друг к другу элементов различных размеров и стадий развития сравнивают с картой звездного неба, на которой чаще всего первые элементы остаются до конца и являются «звездами» первой величины.

Каждое последующее высыпания сопровождается новым повышением температуры тела и ухудшением общего состояния. Нарушается сон, снижается аппетит, появляется раздражительность. Нередко одновременно появляются пузырьки на слизистой оболочке полости рта, конъюнктиве, реже - гортани и половых органов. Элементы сыпи на слизистых оболочках быстро с образованием поверхностных эрозий. При этом возможна умеренная болезненность. Эрозии заживают через 3-5 дней.

Температура тела нормализуется преимущественно на 3-5-й день болезни, при тяжелых формах лихорадка длится до 7-10 дней. На 1-3-й неделе корочки отшелушиваются с зудом, на их месте длительное время оказывается легкая пигментация и лишь в редких случаях - рубчики.

Картина крови практически не меняется. Иногда в разгаре болезни наблюдается лейкопения и относительный лимфоцитоз[10].

Различают типичную и атипичные формы болезни. Типовую форму по характеру течения подразделяют на:

Легкий(характеризуется субфебрильной температурой тела, не обильное сыпью, отсутствием интоксикации).

Среднетяжелые(температура тела повышается до 39 ° С, интоксикация умеренная, сыпь обильный, в том числе на слизистых оболочках).

Тяжелые(температура тела повышается до 39,5-40 ° С, сыпь очень обильный, значительный по размеру, «застывший» на одной стадии развития, наблюдается нейротоксикоз).

К атипичным формам относятся:

рудиментарная,

геморрагическая,

буллезная,

милиарная,

гангренозная,

генерализованная.

Рудиментарная форма наблюдается преимущественно у детей, получивших в период инкубационного периода иммуноглобулин. Температура тела, как правило, нормальная, сыпь на коже в виде единичных розеол, папул с едва заметными пузырьками. Общее состояние больного не нарушается.

Геморрагическая форма развивается у истощенных, ослабленных детей, страдающих гемобластозы, геморрагический диатез, сепсис или длительное время получали глюкокортикостероиды или цитостатики.

На 2-3-й день высыпаний содержимое пузырьков приобретает геморрагический характер. Появляются кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, кровотечения из носа, десен, кишок. Прогноз нередко неблагоприятный.

Буллезная форма характеризуется наличием в стадии высыпаний наряду с типичными везикулами больших (диаметром 1-2 см) вялых пузырьков с мутноватым содержимым. Наблюдается редко, преимущественно у детей до 2 лет. Некоторые из авторов считают ее за усложненную ветряной оспой результате присоединения буллезной стрептодермии.

Милиарная ветряная оспа отличается своеобразным сыпью в виде очень мелких плотных узелков, а в дальнейшем - пузырьков.

Очень редкая гангренозная форма развивается у истощенных, ослабленных лиц, при плохом уходе, что способствует присоединению вторичной инфекции.

Характеризуется значительной воспалительной реакцией вокруг отдельных пузырьков, содержание которых становится геморрагическим. Образуются некротические струпья, при отторжении которых обнажаются глубокие язвы. Язвы увеличиваются, гангрена нередко поражает глубокие слои кожи до фасций и мышц. Течение болезни тяжелое, летальность высока.

Генерализованная, или висцеральная, форма встречается редко, наблюдается у новорожденных или детей старшего возраста, которые долго принимали глюкокортикостероиды в связи с тяжелыми болезнями. Это самая тяжелая форма,

которой присуще специфическое поражение внутренних органов. На секции обнаруживают множественные мелкие очаги некроза во всех внутренних органах, костном мозге.

Возрастные особенности ветряной оспы. У новорожденных и детей первого года жизни течение болезни имеет определенные особенности. С первых дней обнаруживают общеинфекционные симптомы - слабость, субфебрильная температура тела, анорексией, иногда рвота, частый стул, жидкий кал. Обильный сыпь, появляющаяся на 2-5-й день болезни, может приобретать геморрагический характер. Во время высыпаний температура тела высокая, значительный токсикоз, возможны судороги, потеря сознания. Часто наблюдается наложение вторичной бактериальной инфекции и развитие гнойных очагов воспаления (пиодермия, флегмона, пневмония и другие).

В случае инфицирования женщины в первые месяцы беременности возможен тератогенное влияние вируса. Однако рождение детей с эмбрио-и фетопатиями, связанными с ветряной оспой, наблюдается очень редко. Если женщина заболевает в последние дни беременности, возможна врожденная ветряная оспа. К ней относятся все случаи болезни, возникшие у новорожденного в возрасте до 11 дней[5].

Инкубационный период при этом длится 6-16 дней, а тяжесть болезни определяется сроком инфицирования. При заболевании женщины непосредственно перед родами ветряная оспа у ребенка проявляется на 5-10-й день жизни, имеет тяжелое течение и часто приводит к гибели ребенка вследствие генерализации инфекции и поражения внутренних органов. Если женщина заболевает за 5-10 дней до родов, первые клинические признаки болезни у новорожденного появляются сразу после появления на свет. Течение ветряной оспы в этих случаях легче, поскольку у матери успевают выработаться специфические антитела, которые передаются плоду трансплацентарно.

Ветряная оспа в своем развитии проходит ряд периодов.

Инкубационный период при ветрянке в большинстве случаев продолжается 2--3 недели (максимальная инкубация -- 23 дня, минимальная -- 11 дней). В это время никаких видимых проявлений не наблюдается, температура нормальная, однако очень редко могут быть лихорадочные состояния.

Продромальный период. Первичные проявления при ветряной оспе обычно незначительные и непродолжительные, поэтому часто не замечаются родителями. Длительность и тяжесть таких симптомов могут сильно варьироваться. Обычно больного беспокоят повышение температуры тела до субфебрильных цифр (до 38 °С), общее недомогание, плохой сон, вялость, понос. Ребенок становится плаксивым, скучным, неохотно участвует в играх. В редких случаях продромальный период протекает с высокой температурой (до 40 °С), рвотой, сильной головной болью, судорогами и болями в конечностях. Не исключено отсутствие продромальных симптомов.

Период высыпания. В большинстве случаев заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до 38-- 38,5°С и появления характерной сыпи. Высыпания начинаются на лице и волосистой части головы, верхней половине

туловища. Редко сыпь появляется на ладонях и подошвах, но вследствие толщины кожи здесь напоминает оспу. В первый день ветряночные элементы (пузырьки) отдельно разбросаны по телу в малом количестве. При ветряной оспе высыпание происходит толчкообразно, с интервалами в 1--2 дня. Поэтому на поверхности кожи и слизистых оболочках можно видеть элементы, находящиеся на разных этапах своего развития,-- узелки, пузырьки, корочки. Это так называемый ложный полиморфизм сыпи, характерный для ветряной оспы. Высыпных толчков бывает около 3--4. Температура тела заболевшего ребенка постоянно изменяется, так как каждое новое высыпание сопровождается повышением температуры. Общая продолжительность этого периода колеблется от 2--3 до 7--8 дней[12].

1.2 Осложнения ветряной оспы

Ветряная оспа может оставить после себя следующие последствия:

- ветряночный ларингит;
- ветряночный стоматит;
- боль в загрудинной области;
- затруднения при дыхании;
- грубый кашель;
- охриплость голоса.

Осложнения могут наблюдаться в половой органах у девочек:

- флегмона больших половых губ или промежности;
- вульвиты.

На начальном периоде болезни возможно возникновение неврологических осложнений.

Вирус способен к:

- поражению серого вещества спинного и головного мозга;
- периферических нервов;
- мягкой оболочке мозга;
- мозжечка;
- подкорковых узлов;
- бульбарных центров.

Наиболее часто можно встретить воспалительные процессы в оболочках головного мозга.

В первые дни развития ветряной оспы наблюдаются:

- потери сознания;
- судороги;
- гемипарез (неполный паралич).

Не зависимо от тяжести заболевания, может развиваться ветряночный энцефалит. После того, как температура обретет нормальные показатели, возможно появление общемозговых симптомов:

- рвота;
- температура;
- головная боль;
- вялость.

Наблюдаются мозжечковые нарушения:
расстройства двигательной координации (атаксия);
беспорядочное передвижение глазных яблок (нистагм);
тремор (дрожание конечностей);
шаткая (пьяная) походка;
головокружение;
замедленная тихая речь;
снижение мышечного тонуса;
паралич зрительного и лицевого нерва;
воспаление спинного мозга;
расстройство эндокринной системы.

К редким осложнениям относятся воспалительные процессы в органах дыхания. Наиболее тяжелое осложнение - разнесение током крови инфекции по всем системам и органам.

Однако, вынуждены повториться: наиболее часто эти осложнения возникают достаточно быстро, и также быстро исчезают[1].

1.3 Лечение и профилактика ветряной оспы

Лечение проводится преимущественно в домашних условиях. Госпитализации подлежат только дети с осложненным течением болезни, а также больные, которых невозможно изолировать.

Основой лечения является правильная организация режима, направленного на предотвращение вторичной инфекции.

Симптоматическое лечение направлено прежде всего на уменьшение зуда, что достигается применением седативных средств. Чтобы ребенок не расчёсывал пораженные места, ей надевают полотняные перчатки, лонгеты, обрезают ногти. Ежедневная смена одежды, постельного белья, гигиенические ванны с антисептическими средствами (раствор калия перманганата), смазывание везикул 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 1-2% раствором калия перманганата уменьшают риск присоединения бактериальной инфекции. Если же она присоединяется, показано применение антибиотиков. Как показывают исследования, ацетилсалициловая кислота у больных ветряной оспой повышает риск возникновения токсической энцефалопатии с жировой дегенерацией внутренних органов (синдрома Рейе). Поэтому желателен использовать другие противовоспалительные средства и анальгетики (анальгин, амидопирин)[3]. Гликокортикостероиды противопоказаны. Лишь при развитии ветряночного энцефалита они являются одним из средств патогенетического лечения и назначаются по жизненным показаниям. Больным тяжелыми формами проводят дезинтоксикационную терапию, возможно назначение интерферона, донорского иммуноглобулина (0,2 мл / кг), особенно больным с сопутствующими гематологическими болезнями.

Профилактика ветряной оспы.

Больные ветряной оспой и опоясывающим герпесом подлежат изоляции до 5-го дня с момента последних высыпаний. После этого помещение проветривается,

проводится влажная уборка без дезинфекции. Детей ясельного возраста (до трех лет), которые были в контакте с больными, изолируют с 11-го до 21-го дня от момента контакта.

Пассивная иммунизация показана детям, у которых заболевание вызывает большой риск, например с неопластическими болезнями, иммунодефицитом, гемобластозами, а также для тех, кто получают иммунодепрессивную терапию. Им нужно вводить 5-8-10 мл донорского иммуноглобулина, который проявляет защитное действие при введении не позднее чем через 72 ч после контакта с больным. Пассивную иммунизацию следует проводить ослабленным детям и младенцам, рожденным от женщин, которые болели ветряной оспой перед родами или вскоре после них.

Прогноз благоприятный. Заболевание, как правило, заканчивается полным выздоровлением. Летальный исход возможен исключительно редко - при злокачественных (генерализованная, геморрагическая, гангренозная) формах болезни и тяжелом ветряночном энцефалите. Риск осложненного течения ветряной оспы повышен у детей, получавших глюкокортикостероиды и антиметаболиты [11].

ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

2.1 Роль медицинской сестры в предупреждении возникновения ветряной оспы

Целью медсестры является не допустить заражения детей.

Ее вмешательство сводится к:

к контролю разобщения этого ребенка с другими детьми с 10-го дня контакта (инкубационный период при ветряной оспе от 11-ти до 21-го дня с момента контакта с больным);

ежедневному внимательному осмотру кожи ребенка матерью и (или) медсестрой [7].

Цель медсестры детского сада: не допустить, предупредить вспышку.

Действия медсестры во время карантинных мероприятий в течении двадцати одного дня с момента изоляции больного:

проводить ежедневный осмотр кожи детей, измерять t тела;

замечать изменения в поведении детей (вялость, плохой аппетит и т. д.)

не допускать детей в группу с малейшими признаками заболевания, особенно с сыпями;

воспитывать сознательное отношение родителей к здоровью своего ребенка и других детей.

Специфическая профилактика ветряной оспы не разработана [9].

Сестринский уход:

1. Лечение ветряной оспы в большинстве случаев проводится в амбулаторных условиях (за исключением тяжелых случаев).
2. Необходимо разъяснить родителям больного ребенка, что ему следует обеспечить хороший уход, покой (эмоциональный и физический), в период повышенной температуры тела рекомендуется постельный режим.
3. Комната, где находится больной, должна регулярно проветриваться, необходима постоянная влажная уборка. Показана частая смена нательного и постельного белья.
4. Если имеется светобоязнь (боль в глазах от яркого света), комнату необходимо

затемнить.

5. Пища должна быть калорийной, вкусной, разнообразной, теплой, жидкой или полужидкой консистенции. Кормят ребенка маленькими порциями, чаще, чем обычно, и только по желанию. В рацион больного обязательно включают овощи, фрукты и ягоды как продукты с повышенным содержанием витаминов. Рекомендуются обильное теплое питье: молоко, соки, морсы, отвары, минеральные воды, чай.

6. Необходимо тщательно следить за чистотой слизистых оболочек и кожных покровов, стричь ногти, регулярно мыть руки и наблюдать, чтобы ребенок не расчесывал элементы сыпи, не отдираал корочки.

7. Пузырьки и папулы надо регулярно смазывать 1 %-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 5 %-ным раствором перманганата калия.

8. При лихорадке назначаются жаропонижающие средства[2, 3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ изученной литературы свидетельствует, что ветряная оспа- это очень серьезное и грозное заболевание. Грозное потому, что передается воздушно-капельным путем. Помимо пути передачи, ветряная оспа является очень контагиозным заболеванием, восприимчивость к которому составляет почти 100%. А серьезное, так как влечет за собой очень много различных осложнений.

Ветряная оспа является одной из огромного ряда заболеваний, но она самая распространенная среди детей, поэтому особое внимание у детей необходимо уделять профилактике именно ветряной оспы, так как на фоне этого заболевания может развиваться ряд других

Выводы:

Ветряная оспа серьезная проблема всех времен.

Ведущим путем передачи является воздушно-капельный, что свидетельствует о высокой восприимчивости..

Велика роль медицинской сестры в в предупреждении возникновения ветряной оспы у детей.

Рекомендации:

Медицинская сестра должна принимать участие в организации ухода и в предупреждении возникновения ветряной оспы у детей

Проводить санпросвет работу среди населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Альбицкий В.Ю., Баранов А.А.. Часто болеющие дети.- М.:2013.

Баранов А. А., Балашов Д. Н., Горелов А. В. Предотвращение ветряной оспы средствами специфической профилактики.-Авиценум.:2014.

Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные проблемы педиатрии. - М.: 2013.

Доскин В.А., Косенкова Т.В. Поликлиническая педиатрия.- Москва.:2012.

Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кашеева Г.И., «Педиатрия». Учебник, 8-е издание, дополненное.-Оникс.:2010.

Казанцев А.П., Матковский. В. С. Справочник по инфекционным болезням. - М.: 2014.

Перфильева Г.М.Сестринская помощь в педиатрии.-перевод с английского.

Москва.:2011 г.

Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология.- ДИЛЯ.:2013.

Севастьянова Н.Г. Сестринское дело в педиатрии.- ВУНМЦ Росздрава.: 2012.

Титова А.И. Ветряная оспа.- Медицина.:2012.

Цыркунов В.М. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней.-СПб.:2014.

Шабалов Н.П. Детские болезни.- СПб.:2015.