

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ - ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ
ΜΕΤΡΑ ΣΤΑ ΔΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ
ΗΛΙΚΙΑ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δ/Σ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΑΓΓΕΛΗ ΕΛΕΝΗ

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

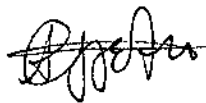


ΠΑΤΡΑ, 1991

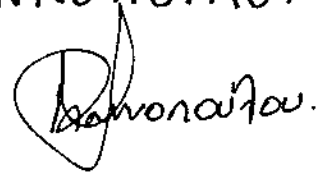
ΑΡΙΘΜΟΣ	742 B
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ	

ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΑΓΓΕΛΗ ΕΛΕΝΗ



ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
----------	---

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
----------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

"ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΙΔΙ"

1.1 Το παιδί στην εξέλιξή του	8
1.2 Παιδική κοινωνία	23
1.3 Διακήρυξη δικαιωμάτων παιδιού	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

"ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ"

2.1 Γενικές - Συνοπτικές πληροφορίες για τα λοιμώδη νοσήματα	33
2.2 Ειδικά για τα λοιμώδη νοσήματα	41
1. Μικροβιακά λοιμώδη νοσήματα	41
1.α Διφθερίτιδα	41
1.β Τέτανος	43
1.γ Κοϊκύτης	45
1.δ Οστρακιά	47
1.ε Μηνιγγίτιδα	50
1στ Σαλμονελλώσεις	53
α) Οξεία γαστρεντερίτιδα	54
β) Τυφοειδής πυρετός	54
γ γ) Παράτυφος	56
1ζ) Μελιταίος πυρετός	59
1η) Βακτηριακή δυσεντερία (σιγνελώσεις)	62
1θ) Πνευμονία - Βρογχοπνευμονία	64
1ι) Παιδική φυματίωση	66
2. Ιογενή λοιμώδη νοσήματα	81
2α) Ιλαρά	81
2β) Ερυθρά	83
2γ) Παρωτίτιδα	85
2δ) Ανεμοβλογιά	87

2ε) Ερπης ζωστήρας - έρπης απλός	89
2στ) Ευλογιά	90
2ζ) Αιφνίδιο εξάνθημα	90
2η) Πολιομυελίτιδα	91
2θ) Λοιμώδης μονοπυρήνωση	95
2ι) Ιογενής ηπατίτιδα	97
2ια) Γρίπη και παραγρίπη	100
2ιβ) Νόσο από εκοδρά προκαλούμενη από γάτα	102
2ιγ) Λύσσα	102
2ιδ) AIDS	105
3. Πρωτοζωϊκά λοιμώδη νοσήματα	109
3α) Καλα-azar ή σπλαγχνική λεϊσμανίαση	109
3β) Ελονοσία	109
3γ) Επίκτητος τοξοπλάσμωση	109

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

3.1 Βασικές αρχές νοσηλείας αρρώστου με λοιμώδες νόσημα	112
3.2 Ταξινόμηση των λοιμωδών νοσημάτων που χρειάζονται απομόνωση ή προφύλαξη - Μέτρα απομονώσεως αρρώστου και προφυλάξεως του περιβάλλοντος	121

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

"ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ - ΑΝΟΣΙΑ & ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ"	132
--------------------------------------	-----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

"ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ"

Ιστορικό I	148
Ιστορικό II	153

"ΕΡΕΥΝΑ"

Πίνακες Αποτελέσματα - Συζήτηση	159
---------------------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	161
--------------------	-----

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η μελέτη μας αυτή απευθύνεται σε όλους όσους ενδιαφέρονται για το παιδί, όποιοι κι αν είναι, χωρίς διάκριση επιστημονικής προεργασίας, ειδικότητας ή ιδεολογίας. Με άλλο λόγο δεν χρειάζεται να είναι κανείς ειδήμονας ή να θέλει να ειδικευτεί στον κλάδο αυτό για να χρησιμοποιήσει τη μελέτη αυτή. Από την άλλη μεριά, το περιεχόμενό της καλύπτει τα βασικά, που ο καθένας μας πρέπει να γνωρίζει για την αντιμετώπιση και προπαντός την πρόληψη, των παιδικών λοιμωδών νοσημάτων. Η πρόθεσή μας είναι να παρουσιάσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα των λοιμωδών νοσημάτων στην παιδική ηλικία έτσι όπως παρουσιάζονται στις μέρες μας, με έναν τρόπο ευανάγνωστο, περιφραστικό, όσο το δυνατόν απλό και κατανοητό.

Αναφερόμαστε ειδικά σε καθένα από τα παιδικά λοιμώδη νοσήματα που είναι δυνατόν να συμβούν καθώς επίσης και στην σωστή και έγκαιρη πρόληψη ή αντιμετώπισή τους, δίνοντας μερικές οδηγίες, παρέχοντας έτσι σωστή ενημέρωση στους ενδιαφερόμενους (γονείς, κηδεμόνες κ.ά.).

Επίσης, πέρα από τη θεωρητική πλευρά του θέματος, ασχοληθήκαμε και με την ερευνητική του πλευρά στα πλαίσια των δεδομένων που μας προσέφεραν το Παιδιατρικό Νοσοκομείο "Καραμανδάνειο" Πατρών και το Π.Π.Ν. Ρίου. Τα στοιχεία μας είναι ελλιπή όσον αφορά την έρευνα, γιατί δεν είχαμε την υποστήριξη και το κατάλληλο έδαφος έτσι ώστε να δώσουμε μιά ολοκληρωμένη ερευνητική εικόνα. Γι' αυτό περιοριστήκαμε στη νοσηλευτική διεργασία δύο περιστατικών (παιδιών) μηνιγγίτιδας και ηπατίτιδας.

Τα στοιχεία της έρευνάς μας περιορίζονται σε ένα δείγμα απεικόνισης των παιδιών που νοσηλεύτηκαν στα παραπάνω νοσοκομεία, κατά το έτος 1990, ανάλογα με το φύλο και την ηλικία.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

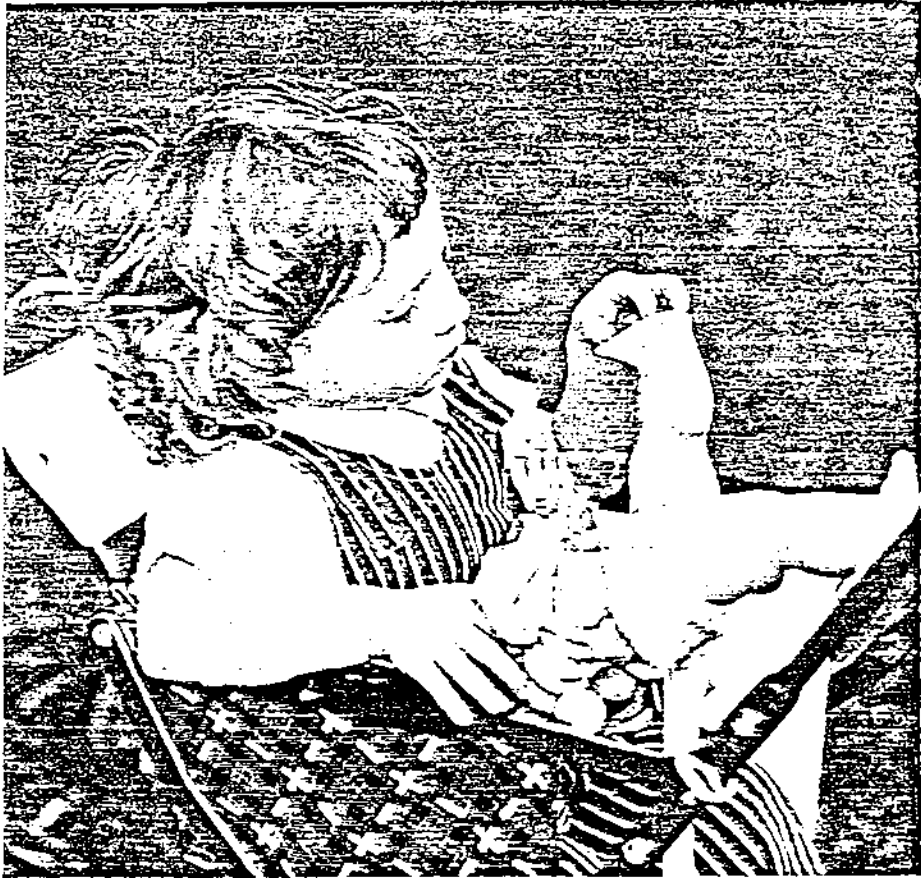
Η αναμονή και αναβολή λήψης δραστηκών μέτρων σε μια επιδημία είναι ολέθρια και καταστροφική. Γι' αυτό σκοπός της εργασίας μας αυτής είναι, να μετριάσουμε τον κίνδυνο της εξάπλωσης των λοιμωδών νοσημάτων, με την ενημέρωση και να στηρίξουμε την πρόληψη.

Η υγειονομική διαφώτιση, αναντίρρηση, αποτελεί ουσιαστικό βήμα στην πρόληψη των ασθενειών αυτών. Πιστεύουμε ότι η υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του κάθε ανθρώπου και εμείς σαν εργάτες της, είμαστε υποχρωμένοι να συμβάλλουμε με κάθε τρόπο στην "πρόοδο" της. Γι' αυτό επισημαίνουμε την σπουδαιότητα της ανοσοποιήσεως (εμβολιασμών), την σπουδαιότητα της ατομικής υγιεινής κατ' επέκταση και του περιβάλλοντος, με μοναδικό στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού όσον αφορά τον περιορισμό των λοιμωδών νοσημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Λ

ΠΑΙΔΙ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι



ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ



ΠΑΙΔΙ

Από βιολογική άποψη θεωρείται παιδί ο άνθρωπος από την γέννησή του ως τα δεκαπέντε του χρόνια. Το όριο αυτό αλλάζει ανάμεσα στους επιστήμονες που έχουν ασχοληθεί με το θέμα αυτό. Η επιστήμη που ασχολείται με το παιδί είναι σχετικά νέα. Οι αρχαίοι, περιορίστηκαν μόνο σε γενικές διαπιστώσεις που είχαν χαρακτήρα θεωρητικό. Πρώτη πειραματική έρευνα για το παιδί πρέπει να θεωρηθεί το ημερολόγιο που κράτησε ο Dhtrix Tideman για το παιδί του, από το 1781 ως το 1784. Παρά το ενδιαφέρον που παρουσίαζε, μόνο στον αιώνα μας πολλαπλασιάστηκαν μεθοδικά οι πειραματικές έρευνες, δημιουργώντας μια πραγματική ψυχολογία του παιδιού, που τις τελευταίες δεκαετίες σημείωσε τεράστια πρόοδο, χάρη στους Φρόυντ, Ζαν Πιαζέ, Γιούγκ, Άντλερ κ.ά.

1.1 Το παιδί στην εξέλιξη του

Η παιδική ηλικία, χαρακτηρίζεται βασικά από διεργασίες ανάπτυξεως, που, κατά την διάρκεια των 11-14 ετών και διαμέσου διαφόρων φάσεων, μεταμορφώνουν το νεογνό, ανίκανο να φροντίσει για τον εαυτό του, σε έφηβο στα πρόθυρα της ενήλικης ζωής. Από τα διάφορα χαρακτηριστικά της ανάπτυξεως, το πιο σημαντικό είναι η αύξηση, τόσο από σωματική όσο και από ψυχική άποψη, που υπολογίζεται με την καταμέτρηση των διαφόρων χαρακτηριστικών του παιδιού σε διαδοχικές ηλικίες. Μια σχηματική απεικόνιση της προόδου πολλών από τα χαρακτηριστικά αυτά (βάρους, ύψους, νοημοσύνης, συναισθηματικής σταθερότητας κ.ά.), σε σχέση πάντα με την ηλικία, θα μας δώσει μια καμπύλη που ανεβαίνει γρήγορα κατά τους πρώτους μήνες ή χρόνια της ζωής και με βραδύτερο ρυθμό στο δεύτερο τμήμα της.

Η ανάπτυξη του παιδιού χαρακτηρίζεται επίσης και από μια διεργασία διαφοροποίησης που προχωρεί από το σχηματισμό ανατομικών δομών με ειδικές λειτουργίες (νευρικός, μυϊκός, αδενικός ιστός κ.ά.) ως τις ειδικές ψυχολογικές αντιδράσεις σε σχέση με τις συνθήκες του περιβάλλοντος.

ΕΞΕΛΙΞΗ - Παράγοντες της εξέλιξης

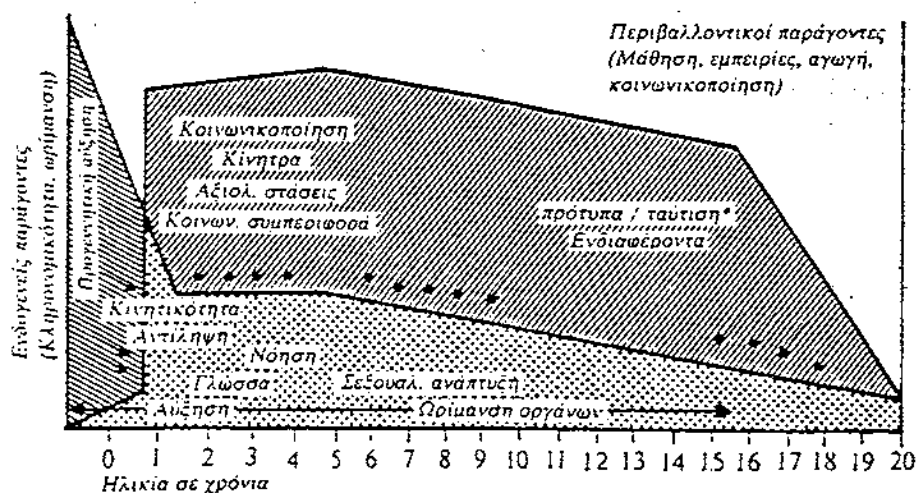
Η εξέλιξη είναι μια διαδικασία βαθμιαίας μεταβολής σωματικών

και ψυχικών γνωρισμάτων ενός ζωντανού οργανισμού σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Πρόκειται για σύνθετο φαινόμενο που έχει ως βάση τις κληρονομικές καταβολές και το περιβάλλον του ατόμου. Συντελείται σύμφωνα με ορισμένες βιολογικές και ψυχικές νομοτέλειες και παρουσιάζει διάφορα γνωρίσματα. υπάρχουν όμως και διαφορές: πχ. η ανάπτυξη του ανθρώπου ακολουθεί πολύ αργή πορεία και διαρκεί πολύ χρόνο, αντίθετα προς ότι συμβαίνει σε άλλα όντα.

Το σύνθετο αυτό γεγονός της εξέλιξης οφείλεται στο πλήθος των παραγόντων που συντελούν σ' αυτήν. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να συνοψιστούν σε δύο κατηγορίες ή ομάδες:

- α) Γενετικοί (ή ενδογενείς) παράγοντες, που σχετίζονται με τις βιολογικές - σωματικές μεταβολές και την αύξηση - ωρίμανση, και
- β) Περιβαλλοντικοί (ή εξωγενείς) παράγοντες, που είναι οι οικολογικοί και κοινωνικοπολιτισμικοί.

Η σχέση και αλληλεπίδραση των βιολογικών-ενδογενών και των κοινωνικοπολιτισμικών - εξωγενών παραγόντων στην εξέλιξη του ατόμου μπορεί να αποδοθεί εποπτικά με την παρακάτω παράσταση (του Σράμλ/Schraml, διαφοροποιημένη).



Παράσταση της σωματικής και ψυχικής εξέλιξης των παραγόντων της σχέση προς την ηλικία του ατόμου.

Αν παρατηρήσει κανείς τη φορά των (εσωτερικών) γραμμών των ενδογενών και των περιβαλλοντικών παραγόντων, διαπιστώνει τη σύγκλιση τους έτσι που διαμορφώνεται το κάτω κοινό τμήμα του σχήματος. Οι περιοχές εξέλιξης που αναφέρονται σ' αυτό (πχ. αντίληψη,

νόηση, γλώσσα κλπ.) είναι αποτέλεσμα αυτής της σύζευξης των παραγόντων. Είναι φανερό η επίδραση των εξωγενών παραγόντων στην όλη εξέλιξη του ατόμου πριν από τη γέννησή του (κατάληξη της γραμμής των περιβαλλοντικών παραγόντων στην κάτω αριστερή γωνία πριν από το μηδέν (0) της ηλικίας).

Ασφαλώς η παράσταση δεν έχει ποσοτική ακρίβεια, δηλαδή ως προς την επίδραση κάθε παράγοντα, αλλά και η θέση των επιμέρους περιοχών εξέλιξης στην παράσταση είναι ενδεικτική. Στην ηλικία των 20 χρόνων ολοκληρώνεται σχεδόν η ανάπτυξη από την πλευρά των γενετικών παραγόντων (σωματική ωρίμανση).

Γενικές διαδικασίες της εξέλιξης

Η ωρίμανση σχετίζεται με τους βιολογικούς παράγοντες εξέλιξης του ατόμου και είναι μια οργανική διαδικασία αυτόματη, όχι όμως ανεξάρτητη από το περιβάλλον που επιδρά και την τροποποιεί θετικά ή αρνητικά. Παρουσιάζει μια εσωτερική αναπτυξιακή συνοχή και εκδηλώνεται σε συγκεκριμένες μορφές κατά τις διάφορες χρονικές περιόδους.

Η μάθηση σχετίζεται γενικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και είναι ουσιαστικά για το άτομο μια κοινωνικοπολιτισμική διαδικασία που συντελείται από τις ποικίλες αντίστοιχες επιδράσεις (βασικά την ανθρώπινη επικοινωνία). Δεν γίνεται τυχαία, ούτε άσκοπα. Συνδέεται με την αντιμετώπιση των αναγκών του ατόμου, προϋποθέτει τις οργανικές ετοιμότητες (βιολογική ωρίμανση) και στηρίζεται σ' αυτές. Έτσι το παιδί μαθαίνει:

- α) Να κατανοεί και να χρησιμοποιεί σημεία-σύμβολα συνδέοντας διάφορα ερεθίσματα,
- β) Να αντιδρά σκόπιμα ως προς το αποτέλεσμα (ευχάριστο ή δυσάρεστο) συνδέοντας τρόπους συμπεριφοράς του με το αντίστοιχο



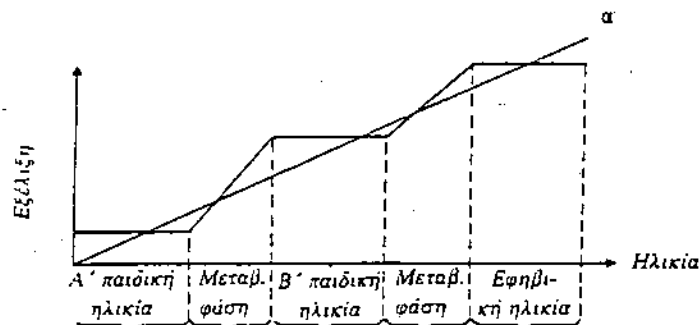
αποτελέσματά τους,

γ) Να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που παρατήρησε (μίμηση).

ΕΞΕΛΙΞΗ και ηλικία

Η εξέλιξη παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα στα διάφορα χρονικά διαστήματα της αναπτυξιακής πορείας του ατόμου. Με βάση αυτά τα γνωρίσματα κάνουμε διάκριση διαφόρων ηλικιών από τη γέννηση μέχρι την εφηβική ηλικία:

- α) Προγεννητική ανάπτυξη και βρεφική ηλικία (ως το 2^ο χρόνο),
- β) Νηπιακή ή πρώτη παιδική ηλικία (ως τα 5 χρόνια),
- γ) Κυρίως παιδική ή σχολική ηλικία (ως τα 10-12 χρόνια), και
- δ) Προεφηβική ηλικία (ως τα 14 χρόνια).



Το μοντέλλο της εξέλιξης σε μια συνεχή πορεία (γραμμή α).

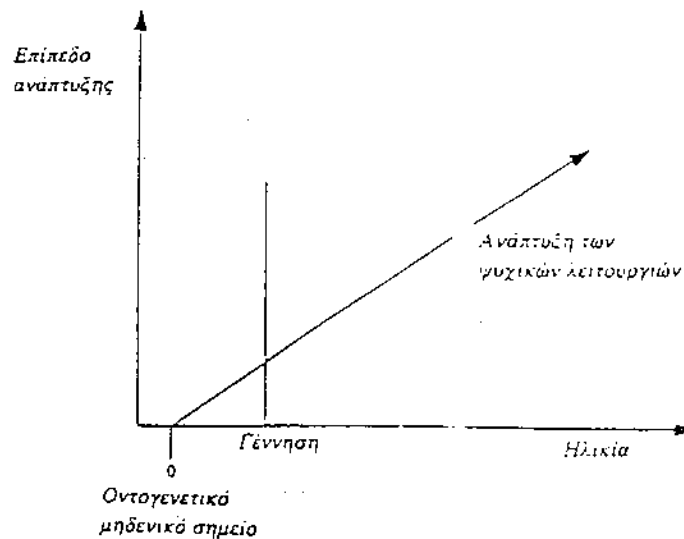
α) Προγεννητική ανάπτυξη και βρεφική ηλικία

Η εξέλιξη του ατόμου αρχίζει από τη στιγμή της σύλληψης. Από τον 4^ο κιόλας μήνα της κύησης έχουμε ένα ζωντανό, ξεχωριστό οργανισμό, στον οποίο αρχίζουν να εμφανίζονται τα ιδιαίτερα ανθρώπινα γνωρίσματα. Η μορφή του σώματος έχει ολοκληρωθεί ως τον 9^ο μήνα της κύησης, όχι όμως και όλες οι λειτουργίες του οργανισμού.

Σημειώνεται ότι το ερώτημα πότε αρχίζει η ανάπτυξη των ψυχικών λειτουργιών δεν έχει ακόμη απαντηθεί με επάρκεια. Οι ειδικοί δέχονται την ύπαρξη ενός "οντογενετικού μηδενικού σημείου" των ψυχικών λειτουργιών που τοποθετείται πριν από τη γέννηση.

Η γέννηση του παιδιού αποτελεί ένα σημαντικό γεγονός στην όλη πορεία του. Από το απόλυτα προστατευτικό περιβάλλον του σώματος της μητέρας έρχεται στον εξωτερικό κόσμο.

Οι συναισθηματικές σχέσεις της μητέρας και του παιδιού έχουν



μεγάλη σημασία και αποτελούν τη βάση για κάθε κοινωνική μάθηση, που αρχίζει μετά τη γέννηση.

Στους δύο πρώτους μήνες ζωής υπηρετείται κυρίως η βιολογική πλευρά του ατόμου, γιατί η τροφή (θηλασμός) και ο ύπνος είναι οι κυριότερες ανάγκες. Η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται στη συνέχεια από κλάμα όταν πεινά, πονά ή βρίσκεται γενικά σε δυσάρεστη κατάσταση. Μαθαίνει από εμπειρία ότι με το κλάμα προκαλεί τη συμπεριφορά εκείνη της μητέρας του που του ικανοποιεί τις ανάγκες του.



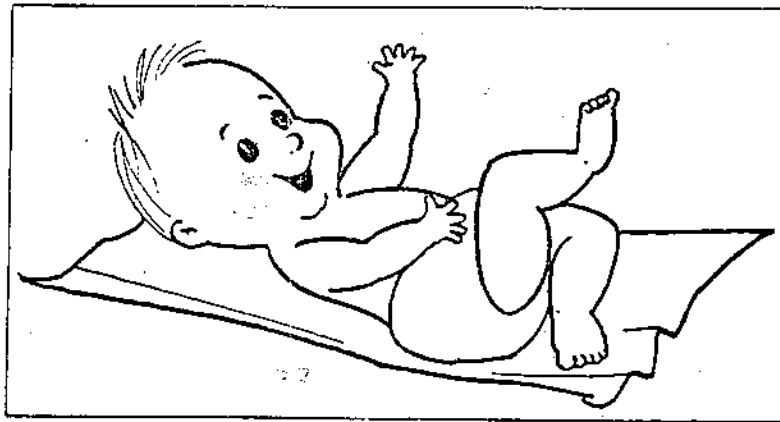
Περίπου στο τέλος του 5^{ου} μήνα το παιδί εκδηλώνεται ιδιαίτερα φιλικά και ζεστά στο άτομο που το φροντίζει (πχ. χαμογελά). Αυτό θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως ένδειξη της πρώτης ανθρώπινης κοινωνικής του σύνδεσης. Η κοινωνική του σύνδεση και ζωή αρχίζει να αυξάνει, ενώ παράλληλα μειώνεται ο χρόνος του ύπνου.

Ήδη, στον 4^ο μήνα αυξάνεται η αυθόρμητη κινητικότητα του και

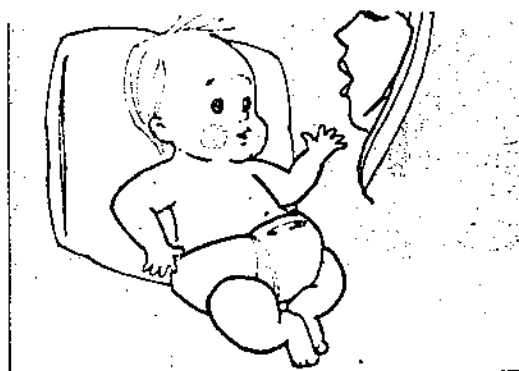
παίζει χρησιμοποιώντας το ίδιο το σώμα του. Αρχικά οι κινήσεις του δεν είναι συντονισμένες αλλά έχουν το χαρακτήρα μιας βιολογικής άσκησης, γίνονται αυτόματα. Κάθε κινητική εξέλιξη σχετίζεται με την ανάπτυξη των αντίστοιχων νεύρων και κέντρων του εγκεφάλου. Η προοδευτική ανάπτυξη της κινητικότητας του επιτρέπει σύγχρονα εντονότερη επαφή με το περιβάλλον του και μεγαλύτερη περιέργεια. Έτσι φτάνει να πειραματίζεται καλύτερα πιάνοντας στα χέρια του το κάθε τι και συνήθως φέρνοντάς το ως το στόμα (ο φρόνυς κάνει λόγο για "στοματική φάση" της γενετήσιας ανάπτυξης).

Μαθαίνει δοκιμάζοντας και επαναλαμβάνει ότι το ευχαριστεί, αποφεύγει ότι το δυσαρεστεί. Στον 9^ο και 10^ο μήνα τα πιο πολλά παιδιά μπορούν και στέκουν όρθια και στον 11^ο και 14^ο μπορούν και βαδίζουν.

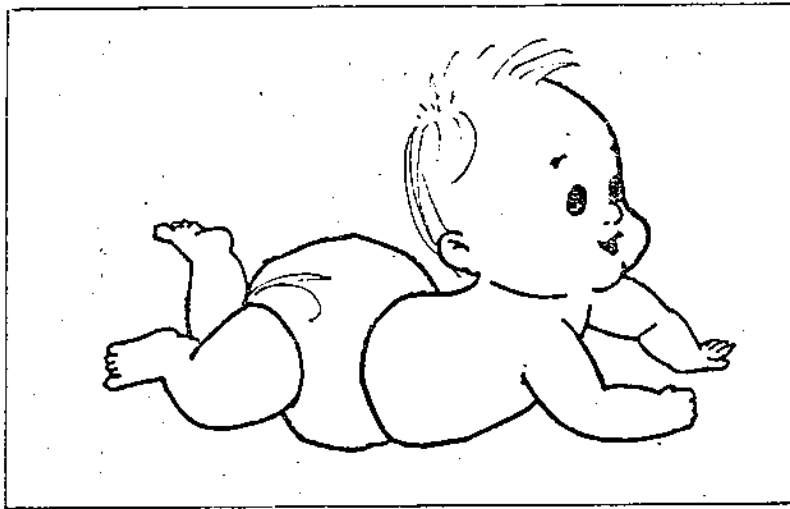
Οι εικόνες που ακολουθούν δείχνουν την κινητική και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού:



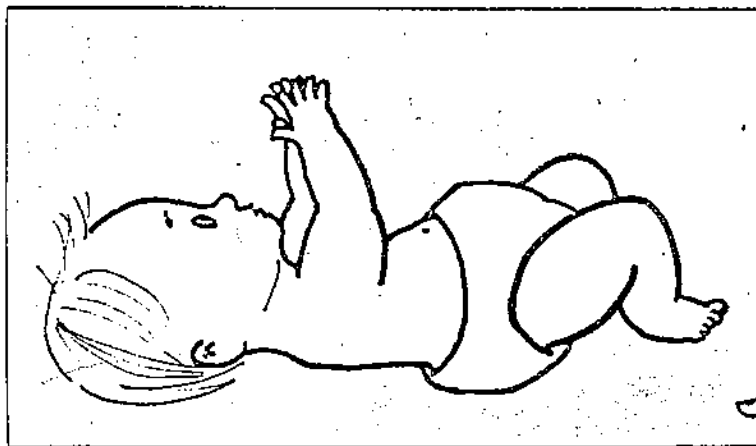
- Εικ. 1. Ηλικία ενός μηνός. Το μωρό αρχίζει και χαμογελά συνειδητά. Η ηλικία κατά την οποία παρατηρείται το πρώτο συνειδητό χαμόγελο μπορεί να κυμαίνεται από 2-3 εβδομάδες μέχρι 5-6 εβδομάδες.



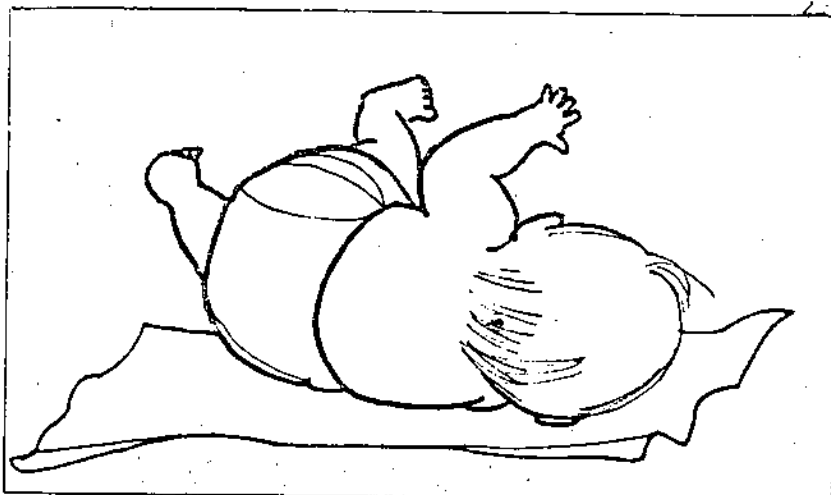
- Εικ. 2. Ηλικία 2 μηνών. Ανταποκρίνεται με άναρθρους ήχους όταν κάποιος του μιλά.



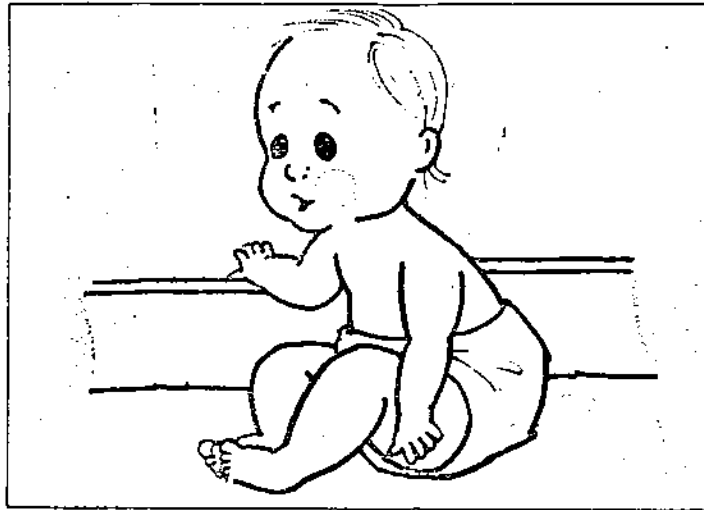
Εικ. 3. Ηλικία 3 μηνών. Είναι σε θέση να συγκρατεί και να ελέγχει το κεφάλι, όταν τοποθετείται μπρούμιτα.



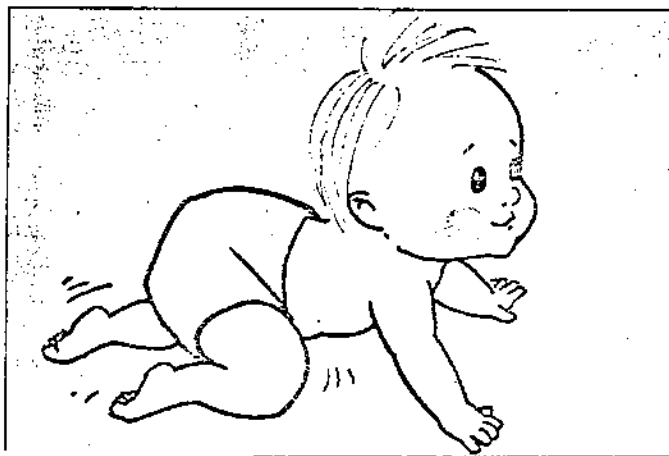
Εικ. 4. Στην ηλικία των 4 μηνών ελέγχει τα χέρια του.



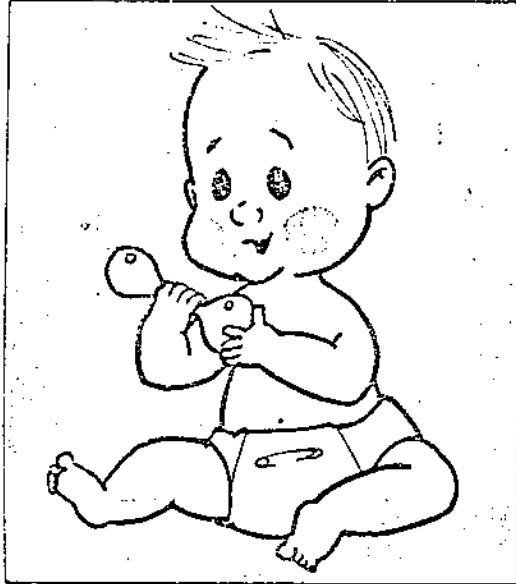
Εικ. 5. Ηλικία 5 μηνών. Γυρίζει.



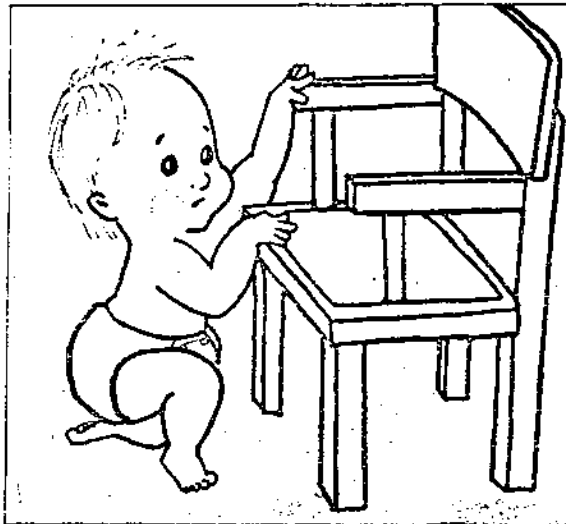
Εικ. 6. Ηλικία 6 μηνών. Κάθεται. Στην αρχή ίσως με κάποια υποστήριξη. Βαθμιαία όμως χωρίς καμιά βοήθεια.



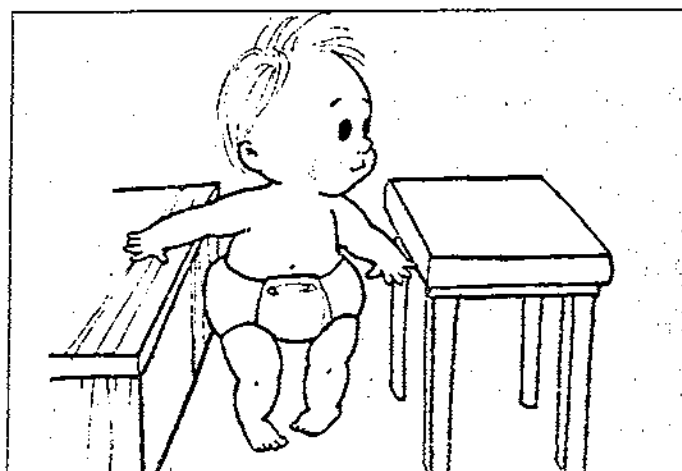
Εικ. 7. Ηλικία 7 μηνών. Αρχίζει να αρκουδίζει.



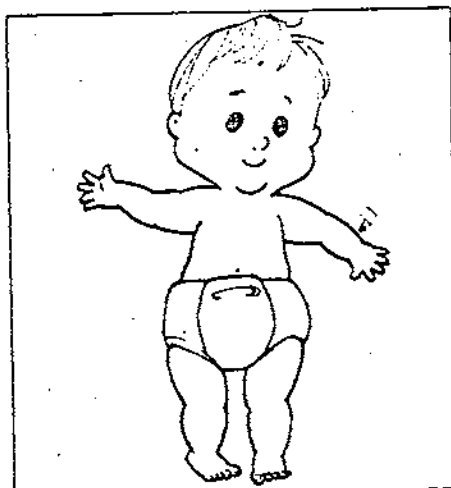
Εικ. 8. Ηλικία 8 μηνών. Πάνει αντικείμενα και τα μεταφέρει από το ένα χέρι στο άλλο.



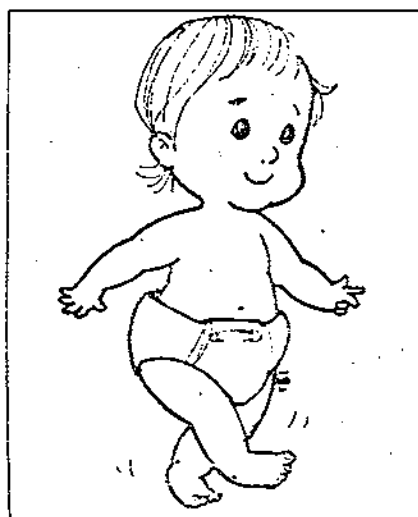
Εικ. 9. Ηλικία 9 μηνών. Κάνει προσπάθεια να σηκωθεί μόνο του στηριζόμενο σε διάφορα αντικείμενα.



Εικ. 10. Στην ηλικία των 10 μηνών αρχίζει να περπατά στηριζόμενο.



Εικ. 11. Στέκεται μόνο του χωρίς καμιά υποστήριξη. Ηλικία 11 μηνών.



Εικ. 12. Ηλικία 12 μηνών. Περπατά μόνο του.



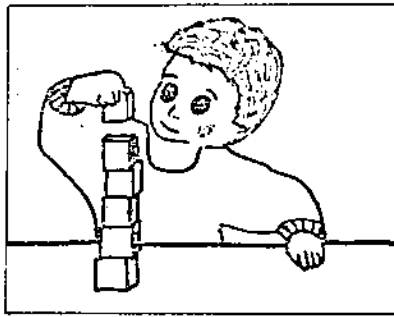
Εικ. 13. Ηλικία 18 μηνών. Μπορεί να ανεβαίνει σε μεγάλη καρέκλα.



Εικ. 14. Ηλικία 18 μηνών. Γονατίζει για να πάρει το παιχνίδι που του έπεσε.



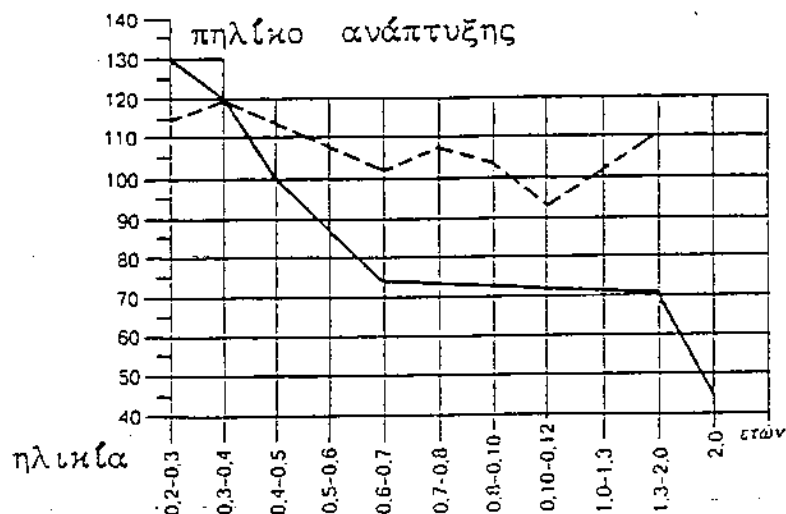
Εικ. 15. Ηλικία 2 χρόνων. Παίζει με μεγάλη μπάλλα.



Εικ. 16. Ηλικία 2 χρόνων. Σχηματίζει πύργο με 6 ή 7 κύβους.

Η νόηση του παιδιού είναι αρχικά αισθησιοκινητική (σύνδεση αντίληψης και απλών ενεργειών). Εδώ έχουμε τους πρώτους "μονόλογους λαλιάς" και είναι ένα είδος παιχνιδιού για το παιδί. Στον 11^ο και 14^ο μήνα χρησιμοποιούνται οι πρώτες λέξεις. Η συναισθηματική σύνδεση μητέρας και παιδιού τον πρώτο χρόνο είναι για το παιδί πολύ σημαντική.

Η παρακάτω σχηματική παράσταση παρουσιάζει τη συνάρτηση που διαπιστώθηκε ανάμεσα στη συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού και στην ανάπτυξη του παιδιού.



Η παραπάνω σχηματική παράσταση απεικονίζει μια έρευνα που έγινε σε οικοτροφείο βρεφών σε 195 παιδιά το 1947. Η ανάπτυξη των βρεφών που μεγαλώνουν χωρίς μητέρα (γραμμή) μειώνεται με την πρόοδο της ηλικίας, ενώ παραμένει κανονική η ανάπτυξη των βρεφών που μεγαλώνουν με τη φροντίδα της μητέρας τους (διακοπτόμενη γραμμή).

Οι διάφορες λοιπόν χρονικές ηλικίες για την αναπτυξιακή εξέλιξη παρουσιάζουν και κάποιες φυσιολογικές διακυμάνσεις. Σαν παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να περπατήσει στον 10^ο μήνα και το άλλο στον 14^ο. Γι' αυτό ο κάθε ενδιαφερόμενος, όταν αμφιβάλλει, θα πρέπει να απευθύνεται στον παιδίατρο. Οι γονείς ιδιαίτερα δεν θα πρέπει να επηρεάζονται από το περιβάλλον και να εφαρμόζουν γνώμες και συμβουλές ανεύθυνων. Γιατί πρέπει όλοι να γνωρίζουν ότι κανένα παιδί δεν είναι όμοιο με ένα άλλο, ακόμα και στην ίδια οικογένεια.

β) Νηπιακή ή πρώτη παιδική ηλικία

Από άποψη εξέλιξης σ' αυτή την ηλικία είναι φανερό η επέκταση του κόσμου της εμπειρίας και η προοδευτική ανεξαρτητοποίηση του παιδιού. Αυτή ενισχύεται κυρίως με το παιχνίδι αλλά και με τις σχέσεις του προς το περιβάλλον, τις αναπτυσσόμενες λειτουργίες ομιλίας και τους κοινωνικούς παράγοντες (πχ. το μορφωτικό επίπεδο των γονέων). Το κυριότερο χαρακτηριστικό της ηλικίας αυτής είναι το παιχνίδι.

Ως την ηλικία των τριών χρόνων κυριαρχεί το μοναχικό ή παράλληλο παιχνίδι. Από το τέλος του 3^{ου} χρόνου η συμμετοχή στο παιχνίδι αυξάνεται. Το παιχνίδι γίνεται τότε μέσο επικοινωνίας και επίδοσης. Η ηλικία αυτή χαρακτηρίζεται από την τάση να κάνει κάτι "μόνο" του, που αυτή η στάση συνεχίζεται κανονικά στο σχολείο.

Συνήθως στην ηλικία των 2,5 χρόνων χρησιμοποιεί σωστά γλωσσικούς χαρακτηρισμούς.

τις σχέσεις του παιδιού με το περιβάλλον του χαρακτηρίζει μια στάση εγωκεντρική και αυτή είναι για το παιδί αναπόφευκτη, γιατί οφείλεται ακριβώς στην έλλειψη εμπειριών. Η στάση αυτή μειώνεται από την ηλικία των 5 χρόνων και η εικόνα του για τον κόσμο γίνεται σιγά-σιγά πιο ρεαλιστική.

Στον 2ο χρόνο της ζωής του το παιδί μαθαίνει ότι πράγματα και



πρόσωπα έχουν ονόματα και συμβολίζονται με συνθεσείς "φωνημάτων" (πχ. του-του για το αυτοκίνητο). Έχει διαπιστωθεί ότι η μειωμένη ενασχόληση των γονέων και γενικά των ενηλίκων με το παιδί έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη γλωσσική του ανάπτυξη.

Το μικρό παιδί ζει περισσότερο κοντά στους μεγάλους παρά με τους μεγάλους. Δεν έχει δηλαδή επικοινωνία πάντοτε ή απόλυτα συνειδητή. Αυτό χαρακτηρίζει τη κοινωνική συμπεριφορά του και τις σχέσεις του. Το παιχνίδι αποτελεί μέσο επικοινωνίας με το περιβάλλον του, αλλά και τρόπο ή αντικείμενο επίδοσης. Η κοινωνική του συμπεριφορά και η επίδοσή του αποκτούν ευρύτερες διαστάσεις, εμπλουτίζονται με την φοίτησή του στο νηπιαγωγείο και στη συνέχεια στο σχολείο. Με την είσοδό του σ' αυτό τελειώνει η πρώτη παιδική ηλικία.

γ) Κυρίως παιδική ή σχολική ηλικία

Πρόκειται για την ηλικία που συμπίπτει με την φοίτησή του παιδιού στο Δημοτικό Σχολείο. Φυσικά, λόγω του σχολείου δημιουργούνται σημαντικές αλλαγές που αφορούν κυρίως αλλαγές τρόπου ζωής.

Η σωματική ανάπτυξη του παιδιού έχει περίπου τον ίδιο ρυθμό από την ηλικία των 3 ως την ηλικία των 11 χρόνων. Το παιχνίδι συνεχίζει να είναι το επίκεντρο του ενδιαφέροντός του. Παιχνίδι και εργασία εναλλάσσονται. Περίπου στο 2ο σχολικό χρόνο χωρίζονται καθαρά στη συνείδησή του εργασία και παιχνίδι.

Η νοημοσύνη του παιδιού αναπτύσσεται σημαντικά στην ηλικία αυτή. Στην αρχή αυτής της ηλικίας τα πράγματα αντιμετωπίζονται όπως είναι (ρεαλιστικά) αλλά αργότερα ο ρεαλισμός του παιδιού γίνεται σιγά-σιγά κριτικός.

Η γλωσσική ικανότητα του παιδιού αναπτύσσεται τώρα ιδιαίτερα και κυρίως σε ότι αφορά το λεξιλόγιό του και τη γραμματική. Προς το τέλος



της ηλικίας αυτής η γλώσσα χρησιμοποιείται συνειδητά και η έκφραση είναι ακριβέστερη. Αυτό εξαρτάται πολύ από τη σχολική μάθηση. Είναι επίσης σημαντικό προς το τέλος της ηλικίας αυτής (9-10), λόγω της κριτικής του παιδιού, είναι πολύ πιθανό να έρθουν οι πρώτες συγκρούσεις.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η υποχώρηση της συναισθηματικής προσκόλλησης του αγοριού στη μητέρα και εντονότερη στροφή προς τον πατέρα που αποτελεί συνήθως το πρόσωπο προτίμησης για ταύτιση· το παιδί δηλαδή "υιοθετεί" τον ανδρικό ρόλο και κάνει δικούς του ("εσωτερικεύει") τους κοινωνικούς κανόνες (του επιτρεπτού και μη). Το ίδιο γίνεται και στο κορίτσι αντίστοιχα, που ταυτίζεται με το ρόλο της μητέρας και την κάνει πρότυπό του.

Γενικά, όμως η συμπεριφορά του παιδιού και σ' αυτή την ηλικία εξαρτάται πολύ από την οικογενειακή ατμόσφαιρα και συμπεριφορά. Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά από οικογένειες με δημοκρατική συμπεριφορά και με κατανόηση είναι συναισθηματικά σταθερότερα και κοινωνικά πιο προσαρμοσμένα και συνεργατικά.

δ) Προεφηβική ηλικία

Η ηλικία αυτή περιλαμβάνει 2-3 χρόνια από τη ζωή του ατόμου και αυτά είναι η ηλικία των 11 έως τα 14 χρόνια. Ο χρόνος εμφάνισης της προεφηβίας διαφέρει ανέμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια. Αυτή υπολογίζεται σε 2 περίπου χρόνια νωρίτερα στα κορίτσια. Στην προεφηβική ηλικία χαρακτηριστική είναι η αύξηση των μελών του σώματος, που γίνεται χωρίς αναλογία. Η προεφηβική ηλικία είναι ο χρόνος της αναμόρφωσης του ατόμου σε ποικίλες πλευρές.



Ακόμη στην προεφηβική ηλικία εμφανίζεται έντονη τάση για δράση και διάθεση για περιπέτεια που εκδηλώνεται όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν.

Κάτι πολύ σημαντικό για τον προέφηβο είναι η αναγνώριση από

τους συνομήλικους του. η συναίσθηση της ομαδικότητας είναι κάτι αυτονόητο και έτσι πολλά πράγματα κρατιούνται "μυστικά" από τους ενήλικους. Παρατηρείται μια αυξημένη στροφή προς τον εσωτερικό κόσμο (εσωστρέφεια): το άτομο ονειροπολεί γύρω από την επιθυμητή αλλά ακαθόριστη ακόμα διαμόρφωση του εαυτού του.

Τα αγόρια παρουσιάζονται συνήθως ιδιαίτερα ευαίσθητα και παρὰτολμα στην προεφηβική ηλικία. Αντίθετα, τα κορίτσια είναι συνήθως συκρατημένα και διαβάζουν πολύ νωρίς βιβλία με ερωτικό περιεχόμενο, έχουν λιγότερη ανάγκη για συμμετοχή σε ομάδες και προτιμούν να έχουν συντροφιά με λίγες φίλες τους ή να μένουν μόνα. Οι παραπάνω εκδηλώσεις βρίσκονται σε συνάρτηση με τον τρόπο αγωγής και το πολιτισμικό περιβάλλον και διαφοροποιούνται ανάλογα.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι η προεφηβική ηλικία είναι η ηλικία προετοιμασίας για αλλαγές σωματικές και ψυχικές, αυτές δηλώνουν με την παρουσία τους την αρχή μιας νέας περιόδου εξέλιξης, της εφηβικής ηλικίας.

1.2 Παιδί και κοινωνία

Η κηδεμονία και η προστασία του παιδιού θεωρούνται ουσιαστικό καθήκον της οικογένειας, η οποία φροντίζει για την ανατροφή, την μόρφωση και τη συντήρηση των παιδιών ως την ενηλικίωσή τους. Παντού ωστόσο αναγνωρίζεται τώρα η ανάγκη άμεσης παρέμβασης των κρατικών αρχών στην διαφύλαξη των δικαιωμάτων του παιδιού όχι μόνο όταν δεν υπάρχει οικογένεια ή όταν η οικογένεια εγκαταλείπει με τη θέλησή της την φροντίδα των παιδιών βρεφικής ηλικίας (ορφανά, νόθα, εγκαταλειμένα), αλλά και για να συμπληρώνεται και να βελτιώνεται ο ρόλος της οικογένειας, που θεωρείται ανεπαρκής για τους σκοπούς της σύγχρονης κοινωνικής ζωής. Οι κρατικές αρχές επεμβαίνουν και αναλαμβάνουν την οργάνωση της εκπαίδευσης και του επαγγελματικού προσανατολισμού, τη διάδοση των κανόνων υγιεινής και προφυλάξεως, την προστασία από την πρόωπη εκμετάλλευση της εργασίας των ανηλίκων και κυρίως, την φροντίδα της σωματικής και νοητικής τους υγείας.

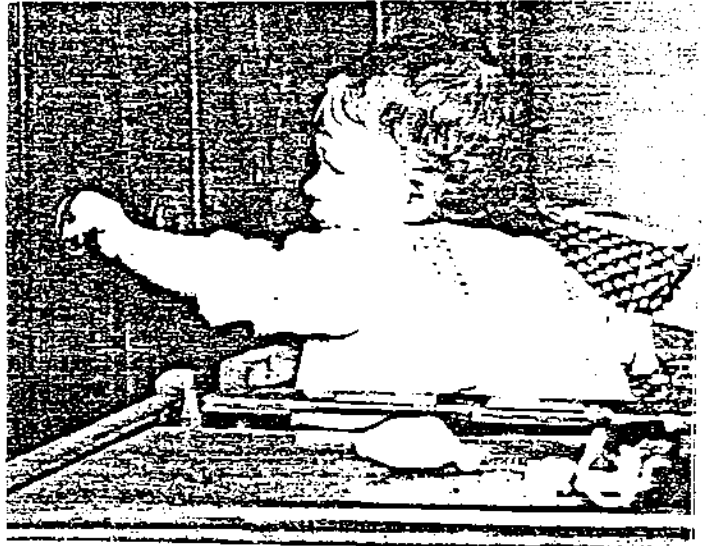
Η σχέση παιδιού-κοινωνίας είναι συνεπώς ευρύτατη και περίπλοκη και αποκτά διαρκώς μεγαλύτερη σημασία με την εξέλιξη του βιομηχανικού πολιτισμού, που οδηγεί στη μεταμόρφωση της οικογένειας παραδοσιακού τύπου και στην μεταμόρφωση της γυναίκας στον κόσμο

της εργασίας. Η κοινωνία μπορεί να επέμβει προς υπεράσπιση του παιδιού, με τη δημιουργία ιδιωτικών φιλανθρωπικών οργανισμών ή με κρατικά ιδρύματα, επαρχιακά και κοινοτικά, και με την κατάλληλη νομοθεσία.

Ο πρώτος τύπος κοινωνικής επέμβασης χαρακτήριζε τους περασμένους αιώνες, ενώ στην σύγχρονη εποχή η παλιά χριστιανική αντίληψη της βοήθειας υπό τύπον ελεημοσύνης κυρίως προς τα ορφανά, τα νόθα και τα εγκαταλειμμένα παιδιά, αντικαταστάθηκε τον 19ο αιώνα, από μία νέα ανθρωπιστική αντίληψη, επηρεασμένη από τις ιδέες του διαφωτισμού, με την ανάθεση της κηδεμονίας και της μορφώσεως του παιδιού σε οργανισμούς εκτός της Εκκλησίας: εμφανίζονται οι πρώτοι παιδικοί σταθμοί και ανοίγουν τα πρώτα νοσοκομεία για παιδιά. Συγχρόνως αρχίζει η διάδοση των κανόνων υγιεινής από τις δημόσιες υπηρεσίες, όπως πχ. ο εμβολιασμός κατά της ευλογιάς, που οφείλεται στην ανακάλυψη του Άγγλου Τζέννερ και που γρήγορα έγινε υποχρεωτική σε όλες τις χώρες. Φτάσαμε κατόπιν στην αντίληψη που επικράτησε στον αιώνα μας σχετικά με το δικαίωμα του παιδιού να κηδεμονεύεται και με το καθήκον του κράτους να εκτελεί σειρά πράξεων για να του εξασφαλίζει αυτή την κηδεμονία. Η εξέλιξη αυτή δεν πραγματοποιήθηκε χωρίς αντιδράσεις, αλλά την επέβαλε η ανάγκη να μετριαστούν τα αποτελέσματα της βιομηχανικής επανάστασης, που οδήγησε στην διάλυση του πατριαρχικού τύπου οικογένειας εξαιτίας της εργασίας της γυναίκας έξω από το σπίτι και στην εκμετάλλευση του παιδιού, ακόμη και της πιο τρυφερής ηλικίας, στα ορυχεία και στα υφαντουργεία. Στα πρώτα χρόνια του 19ου αιώνα ο Άγγλος βιομήχανος και φιλάνθρωπος Ρόμπερτ Όουεν, άρχισε ένα σκληρό αγώνα για να επιτύχει να απαγορευτεί δια νόμου να εργάζονται τα παιδιά πριν γίνουν 9 ετών, και στην βιομηχανία του, στο Νιού Λάναρκ είχε υιοθετήσει σύστημα με βάρδους εργασίες που επέτρεπε στα παιδιά να παρακολουθούν μαθηματικά εργοστασιακά σχολεία που ο ίδιος είχε ιδρύσει. Στην Αγγλία επίσης ιδρύθηκε η Children's Employment Commission (Επιτροπή Εργασίας Παιδιών) που δημοσίευσε πολ-



λές εκθέσεις σχετικά με την εκμετάλλευση των παιδιών στα εργοστάσια και συνέτεινε στην ψήφιση σειράς νόμων για την προστασία της εργασίας των ανηλίκων· ο πρώτος νομος, του 1848, περιόριζε την εργασία των παιδιών σε 10 ώρες την ημέρα. Σήμερα σε όλες σχεδόν τις χώρες οι συνθήκες εργασίας των παιδιών περιορίζονται και ελέγχονται νομοθετικώς. Το θέμα αυτό εξετάσθηκε πολλές φορές από την Διεθνή Οργάνωση Εργασίας, που έχει διοργανώσει διασκέψεις, έρευνες και συζητήσεις νομικού χαρακτήρα για να εξασφαλίζει εκ μέρους της κοινωνίας τις συνθήκες για την πνευματική και σωματική ανάπτυξη όλων των παιδιών. Έχει προταθεί επίσης ένας "Χάρτης του Παιδιού", στον οποίο καθορίζονται αυτά τα δικαιώματα και απευθύνεται έκκληση στις κυβερνήσεις να αναπτύξουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη δραστηριότητα στα σχετικά με την βοήθεια και τη μόρφωση του παιδιού θέματα.



Η αναγνώριση των δικαιωμάτων του παιδιού να αναπτύξει τις δυνάμεις και τις ικανότητες του χωρίς να τις σπαταλά πρόωρα και η ανάγκη μεγαλύτερης διαδόσεως της μορφώσεως την οποία δημιούργησε η τεχνική και βιομηχανική ανάπτυξη του περασμένου αιώνα, επέβαλαν στα κράτη όλο και ευρύτερους και αυστηρότερους νόμους για την υποχρέωση φοιτήσεως στο σχολείο, και έτσι έγινε δυνατό να εξαλειφθεί στην εποχή μας το τραγικό πρόβλημα του αναλφαβητισμού σε ορισμένες από τις πιο προοδευμένες χώρες, να διαδοθεί η αντίληψη της υποχρεωτικής και δωρεάν εκπαίδευσως ως απαραίτητη προϋπόθεση για την κοινωνική πρόοδο.



Εξ άλλου, η ολοένα μεγαλύτερη ανάγκη κρατικής επεμβάσεως στη ανατροφή των πολύ μικρών παιδιών, των οποίων οι μητέρες, εργαζόμενες έξω από το σπίτι, δεν μπορούν να τα επιβλέπουν ολόκληρη την

ημέρα, επέβαλε την ίδρυση παιδικών σταθμών στα εργοστάσια και στις γειτονιές και αύξησε σημαντικά τον αριθμό των νηπιαγωγείων.

Αλλά και το πρόβλημα του ελεύθερου χρόνου των παιδιών δεν ενδιαφέρει πια μόνο τις οικογένειες και τα ιδιωτικά και θρησκευτικά ιδρύματα που έχουν ως κύριο έργο την παροχή αρωγής.

Στις πιο προοδευμένες χώρες, μαζί με τις πολυάριθμες οργανώσεις που έχουν ως σκοπό την ψυχαγωγία και την παιδική αγωγή, έχουν ληφθεί και συγκεκριμένα νομοθετικά μέτρα για την προστασία του παιγνιδιού των παιδιών, μέτρα που επιβάλλουν την διαμόρφωση πάρκων και κήπων που παρατείνουν το σχολικό ωράριο με την οργάνωση του μετασχολικού χρόνου, καθώς και άλλα μέτρα που διευκολύνουν την ίδρυση κέντρων ψυχαγωγείας για τα παιδιά.

Εν τω μεταξύ, αναπτύσσεται σε όλες τις πολιτισμένες χώρες μία τάση να οργανωθεί η παιδική ζωή έξω από την οικογενειακή ατμόσφαιρα, για να προφυλάσσεται η σωματική και πνευματική υγεία των παιδιών, που η σύγχρονη βιομηχανική ζωή υποβάλλει σε σκληρές δοκιμασίες (παιγνίδι).

1.3 Διακήρυξη δικαιωμάτων παιδιού

Κατά την Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. κατά την 14^η αυτής συνόδου, στις 20 Νοεμβρίου 1959 ψηφίστηκαν τα εξής ως δικαιώματα του παιδιού:

1. Κάθε παιδί έχει δικαίωμα να απολαμβάνει τα δικαιώματα που προβλέπονται στην διακήρυξη αυτή, ανεξάρτητα και χωρίς καμιά διάκριση λόγω φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων, εθνικής ή κοινωνικής καταγωγής, περιουσίας, γεννήσεως ή οποιασδήποτε άλλης καταστάσεως, είτε αυτή αναφέρεται στο ίδιο το παιδί ή την οικογένεια.
2. Το παιδί πρέπει να απολαμβάνει ειδικής προστασίας και να έχει τη δυνατότητα και ευχέρεια από το Νόμο και άλλων μέσων, ώστε να είναι σε θέση να αναπτύσσεται φυσικά, πνευματικά, ηθικά, διανοητικά και κοινωνικά, κατά υγιές και φυσιολογικό τρόπο, και κάτω από συνθήκες ελευθερίας και αξιοπρέπειας. Κατά την υιοθέτηση των σχετικών, με τα παραπάνω, μέτρα, το ύψιστο συμφέρον του παιδιού πρέπει να αποτελεί αποφασιστικό παράγοντα.
3. Το παιδί από τη γέννησή του δικαιούται να έχει όνομα και ι-

θαγένεια.

4. Το παιδί πρέπει να απολαμβάνει τα δικαιώματα της κοινωνικής ασφάλισης. Έχει δικαίωμα να αναπτύσσεται κάτω από υγιείς συνθήκες για το σκοπό αυτό πρέπει να εξασφαλίζεται ειδική βοήθεια και προστασία στο παιδί και στη μητέρα του, περιλαμβανομένη και η φροντίδα προ και μετά τον τοκετό. Το παιδί δικαιούται επαρκή διατροφή, στέγη, ψυχαγωγία και ιατρικές υπηρεσίες.
5. Το φυσικώς ή πνευματικώς μειονεκτικό παιδί ή το κοινωνικώς απροσάρμοστο δικαιούται να έχει ειδική μεταχείριση, εκπαίδευση και φροντίδα όπως επιβάλλει η κατάσταση του.
6. Το παιδί, για την πλήρη και αρμονική ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, έχει ανάγκη αγάπης και κατανόησης. Πρέπει να μεγαλώνει, εφόσον είναι δυνατόν, με την φροντίδα και με την ευθύνη των γονεϊών του, με στοργή και ασφάλεια. Το παιδί κατά την βρεφική και νηπιακή ηλικία πλην εκτάκτων περιστάσεων, δεν πρέπει να αποχωρίζεται από την μητέρα του. Η κοινωνία και οι δημόσιες αρχές έχουν υποχρέωση να παρέχουν ιδιαίτερη φροντίδα στα παιδιά που στερούνται οικογένειας ή έχουν ανεπαρκή μέσα συντήρησης. Για την συντήρηση παιδιών πολυμελών οικογενειών θα ήταν σκόπιμο να χορηγείται επίδομα από το κράτος ή από άλλη πηγή.
7. Το παιδί έχει το δικαίωμα της εκπαίδευσης, η οποία πρέπει να προβλέπεται δωρεάν και υποχρεωτική τουλάχιστον στο στάδιο της στοιχειώδους παιδείας. Η παρεχόμενη εκπαίδευση θα συμβάλλει στην γενική του πνευματική καλλιέργεια και θα του επιτρέπει, κάτω από συνθήκες ισοσύτητας ευκαιριών, την ατομική του κρίση, συναίσθηση της ηθικής και κοινωνικής του ευθύνης και να γίνει χρήσιμο μέλος της κοινωνίας.



Το ύψιστο συμφέρον του παιδιού αποτελεί τον γνώμονα για εκείνους οι οποίοι έχουν την ευθύνη της εκπαίδευσης και του προσανατολισμού του.

Το παιδί πρέπει να έχει κάθε δυνατότητα για το παιχνίδι και την ψυχαγωγία η οποία πρέπει να κατευθύνεται προς τους έ-

δρους με την εκπαίδευση σκοπούς. Η κοινωνία και οι κρατικές αρχές θα πρέπει να ευνοούν και να βοηθούν στην πραγματοποίηση του δικαιώματος αυτού.

8. Το παιδί, σε κάθε περίπτωση, θα λαμβάνει μεταξύ των πρώτων προστασία και βοήθεια.
9. Το παιδί θα προστατεύεται ενάντια σε κάθε μορφής παραμελήσεως, σκληρότητας και εκμεταλλεύσεως. Δεν θα αποτελεί αντικείμενο εμπορίας οποιασδήποτε μορφής.

Το παιδί δεν πρέπει να γίνεται δεκτό σε εργασία, πριν να συμπληρώσει ένα τουλάχιστον όριο ηλικίας, σε καμιά περίπτωση δεν θα του επιτραπεί ή του επιβληθεί να ασχοληθεί σε επάγγελμα ή εργασία που θα έθετε σε κίνδυνο την υγεία ή την εκπαίδευσή του ή θα παρεμπόδιζε την φυσική, πνευματική ή ηθική του ανάπτυξη.



10. Το παιδί πρέπει να προστατεύεται από εκδηλώσεις που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε φυλετικές, θρησκευτικές ή οποιασδήποτε άλλης μορφής διακρίσεις, θα πρέπει να ανατρέφεται σε πνεύμα κατανόησης, ανοχής, φιλίας μεταξύ των λαών, ειρήνης και παγκόσμιας αδελφοσύνης και με πλήρη συνείδηση ότι η δραστηριότητά του και οι επιδόσεις του θα αφιερωθούν στην υπηρεσία των συνανθρώπων του.

"Το προσφυγάκι"



Οι καλλιεργημένοι άνθρωποι πάντα πρόσεχαν το παιδί

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ
ΕΧΟΥΝ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ



ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΘΕΛΟΥΝ
ΝΑ ΜΕΓΑΛΩΣΟΥΝ



ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΘΕΛΟΥΝ
ΝΑ ΜΕΓΑΛΩΣΟΥΝ ΚΑΛΑ



Η ΕΙΡΗΝΗ
ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΙΝΑΙ
ΔΙΚΑΙΩΜΑ



ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ
ΠΡΕΠΕΙ ΝΑΝΑΙ ΝΟΜΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π.

ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ



2.1 Γενικές - Συνοπτικές πληροφορίες για τα λοιμώδη νοσήματα

Λοιμώδη ή μεταδοτικά νοσήματα είναι αυτά που οφείλονται σε ζωντανούς λοιμογόνους παράγοντες ή σε τοξικά τους προϊόντα. Οι αρρώστειες αυτές, όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια, μπορεί να μεταδοθούν στον άνθρωπο άμεσα από έναν άλλο μολυσμένο άνθρωπο ή ζώο ή έμμεσα με την παρέμβαση κάποιου διαβιβαστή. Τα νοσήματα που μεταδίδονται άμεσα από άνθρωπο σε άνθρωπο λέγονται και μολυσματικά ή κολλητικά.

Η αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία, η εφαρμογή της ενεργητικής ανοσοποιήσεως σε μεγάλη έκταση, αλλά και η βελτίωση του βιοτικού μορφωτικού και πολιτιστικού επιπέδου πολλών λαών αποτέλεσαν παράγοντες στη μείωση των λοιμωδών νοσημάτων διεθνώς και ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες. Τα λοιμώδη νοσήματα όμως συνεχίζουν να είναι υπεύθυνα για το μεγαλύτερο μέρος της ολικής νοσηρότητας και σημαντικό ποσοστό της ολικής θνησιμότητας σε όλες τις χώρες του κόσμου. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα τα λοιμώδη νοσήματα προκαλούν 5000 θανάτους, δηλαδή ευθύνονται για το 6% της ολικής θνησιμότητας.

Κοινό χαρακτηριστικό των λοιμωδών νοσημάτων είναι ότι οφείλονται σε ζωντανούς νοσογόνους παράγοντες ή σε τοξικά τους προϊόντα. Πρέπει να σημειωθεί πως οι λοιμογόνοι παράγοντες δεν προκαλούν μόνο λοιμώδη νοσήματα αλλά και άλλες νοσολογικές καταστάσεις. Έτσι πιστεύεται σήμερα, ότι ο ιός της ιλαράς ευθύνεται για την υποξεία σκληρυντική παρεγκεφαλίτιδα και ότι ο ιός της ηπατίτιδας Β αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα του πρωτοπαθή καρκίνου του ήπατος.

Τα χαρακτηριστικά των λοιμογόνων παραγόντων όπως είναι αυτά που αφορούν τον πολλαπλασιασμό και την επιβίωσή τους, την επαφή τους με τον άνθρωπο διαμορφώνουν τις νοσογόνες τους ιδιότητες. Μερικά χαρακτηριστικά τους είναι εγγενή ή φυσικά, ενώ άλλα μπορούν να καθοριστούν από τον αντίστοιχο ξενιστή, δηλαδή τον άνθρωπο.

Τα κυριότερα φυσικά χαρακτηριστικά των λοιμογόνων παραγόντων είναι η αντιγονικότητα (υπεύθυνη για την δημιουργία ειδικής ανοσίας από αντίστοιχη λοίμωξη, μόλυνση ή εμβολιασμό επιτρέπει τη νοσολογική διάγνωση άτυπων λοιμώξεων του παρόντος, τυπικών και άτυπων λοιμώξεων - μόλυνσεως του παρελθόντος), η ανθεκτικότητα (στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, τις απαιτήσεις διατροφής, το φάσμα ξενιστών), ιδιαίτερα ανθεκτικοί είναι οι σπορογόνοι μικρο-

οργανισμοί, το φάσμα των ξενιστών (μερικοί λοιμογόννοι παράγοντες προσβάλλουν μόνον ανθρώπους ενώ άλλοι έχουν ευρύτερο φάσμα), η ευαισθησία στα χημειοθεραπευτικά.

Τα χαρακτηριστικά των λοιμογόνων παραγόντων που καθορίζονται από τον αντίστοιχο ξενιστή είναι: 1) Η μολυσματικότητα, δηλαδή η ικανότητα του λοιμογόνου παράγοντα να μολύνει τον ξενιστή (εγκατάσταση, πολλαπλασιασμός και ανάπτυξη του χωρίς, απαραίτητα, να εκδηλωθεί νόσος - λοίμωξη). Για τη μόλυνση του ξενιστή χρειάζεται η ελάχιστη μολυσματική δόση η οποία επηρεάζεται από την ηλικία και την κατάσταση του ξενιστή, από την πύλη εισόδου του λοιμογόνου παράγοντα κ.ά. 2) Η παθογονικότητα του λοιμογόνου παράγοντα, δηλαδή η ικανότητά του να προκαλέσει έκδηλη νόσο (λοίμωξη). 3) Η λοιμοτοξικότητα του λοιμογόνου παράγοντα αφορά την σοβαρότητα με την οποία εκδηλώθηκε η νόσος (η σοβαρότητα μπορεί να αξιολογηθεί από δείκτη θνητότητας ή συχνότητα βαρειάς επιπλοκής). 4) Ανοσοποιητική ικανότητα δηλαδή η δυνατότητα του λοιμογόνου παράγοντα να δημιουργεί ειδική, ισχυρή και μόνιμη ανοσία στον ξενιστή· εξαρτάται από τη φυσική αντιγονικότητα, τη θέση πολλαπλασιασμού και την έκταση διασποράς του λοιμογόνου παράγοντα στον οργανισμό του ξενιστή.

Η εμφάνιση λοιμώδους νοσήματος σε άτομο, που έχει εκτεθεί σε μολυσματική δόση του αντίστοιχου λοιμογόνου παράγοντα, εξαρτάται από την ευαισθησία ή αντοχή του ατόμου γι' αυτό το λοιμώδες νόσημα. Η αντοχή διακρίνεται σε φυσική και επίκτητη. Η φυσική αντοχή δεν έχει σχέση με αντισώματα ή ειδικές κυτταρικές ή ιστικές αντιδράσεις, έχει κατά κανόνα γενετική βάση και αναφέρεται κυρίως:

- 1) Στη μηχανική προστασία που προσφέρει το δέρμα,
- 2) Στην δραστηριότητα των φαγοκυττάρων στο σημείο εισβολής των λοιμογόνων παραγόντων, στους λεμφαδένες και στο σπλήνα, και
- 3) Στην ανασταλτική δράση των εντερφερόνων στους ιούς που έχουν ήδη εγκατασταθεί ενδοκυτταρικά και προστατεύονται από τα ειδικά αντισώματα.

Η ανοσία, εκτός από τη φυσική παθητική, είναι και επίκτητη και βασίζεται στην παρουσία ειδικών αντισωμάτων (χημική ανοσία) ή ειδικά ευαισθητοποιημένων T λεμφοκυττάρων (κυτταρική ανοσία). Η χημική κυρίως ανοσία μπορεί να αφορά τον ίδιο το λοιμογόνο παράγοντα ή την παθογόνο εξωτοξίνη του και διακρίνεται σε φυσική ή τεχνητή ανοσία και σε φυσική ή τεχνητή ενεργητική ανοσία.

Στην παθητική ανοσία τα αντισώματα δεν δημιουργήθηκαν στον ίδιο τον άνοσο οργανισμό αλλά σε κάποιον άλλον. Τη φυσική παθητική ανοσία την διαθέτει το νεογνό με την διαπλακούντια μετάδοση έτοιμων αντισωμάτων από τη μητέρα, σπάνια δε ξεπερνά τους 6 μήνες. Η τεχνητή παθητική ανοσία δημιουργείται με παρεντερική έγχυση έτοιμων αντισωμάτων, η διάρκειά της είναι πολύ σύντομη και η χρησιμότητά της περιορίζεται στην βραχυπρόθεσμη προστασία ατόμων που έχουν ήδη εκτεθεί σε κάποιο λοιμογόνο παράγοντα.

Η ενεργητική ανοσία προκαλείται από αντισώματα ή ευαισθητοποιημένα T λεμφοκύτταρα που δημιουργήθηκαν στον άνοσο οργανισμό. Η φυσική ενεργητική ανοσία δημιουργείται από λοίμωξη που προηγήθηκε ή υποκλινική μόλυνση χωρίς έκδηλη νόσηση (φανερή αρρώστεια), ενώ η τεχνητή ενεργητική ανοσία δημιουργείται μετά από τον αντίστοιχο εμβολιασμό. Η ενεργητική ανοσία είναι μακροχρόνια.

Πρέπει να υπογραμμιστεί πως η ανοσία (ενεργητική ή παθητική, φυσική ή τεχνητή) είναι σχετική έννοια, δηλαδή μπορεί να μειωθεί, να καμφθεί ή να εξουτερωθεί από διάφορους παράγοντες. Στην περίπτωση που θα εκδηλωθεί λοιμώδεις νόσημα παρά την ύπαρξη αντίστοιχης ανοσίας, η κλινική του εικόνα είναι πιο ελαφρά και η πρόγνωση σχετικώς καλή.

Ο έλεγχος της χημικής ανοσίας όπως είναι γνωστό γίνεται με δερματοαντιδράσεις και την μέτρηση του τίτλου των προστατευτικών αντισωμάτων.

Η άμυνα του οργανισμού εξαρτάται ακόμη: 1) από φυσιολογικούς παραμέτρους πχ. η πρόγνωση της ηπατίτιδας Α είναι πιο σοβαρή στην επίτοκο, 2) από τη θρέψη του ατόμου πχ. η πρωτεϊνική δυστροφία επιβαρύνει την πρόγνωση της ιλαράς, 3) από την συνύπαρξη άλλων νοσημάτων, και 4) από ψυχοκοινωνικές επιβαρύνσεις.

Υποδόχος (υπόστρωμα στο οποίο ζει ο λοιμογόνος παράγοντας) ή φορέας των λοιμογόνων παραγόντων είναι οι άνθρωποι, τα φύλλα σπονδυλωτά, τα αρθρόποδα (κυρίως έντομα) τα φυτά, τα στοιχεία του άψυχου περιβάλλοντος όπως νερό έδαφος και άλλα, όπου οι λοιμογόνοι παράγοντες ζουν και μπορούν να πολλαπλασιαστούν. Όταν οι υποδόχοι (φορείς) ανήκουν στο ζωϊκό βασίλειο ονομάζονται και ξενιστές. Οι ξενιστές είναι βιολογικοί και μηχανικοί. Βιολογικοί είναι αυτοί που οι λοιμογόνοι παράγοντες πολλαπλασιάζονται ή εξελίσσονται πάνω ή μέσα σε αυτούς, ενώ μηχανικοί όταν οι λοιμογόνοι παράγοντες επιζούν χωρίς να πολλαπλασιάζονται ή να εξελίσσονται και με-

ταφέρονται μέσω αυτών. Ορισμένοι ξενιστές μπορεί να είναι συγχρό-
ως και διαβιβαστές των αντίστοιχων λοιμογόνων παραγόντων στον άν-
θρωπο.

Οι υποδόχοι (φορείς) θεωρούνται πηγές μόλυνσεως όταν ευθύνον-
ται για την άμεση μετάδοση των αντίστοιχων λοιμογόνων παραγόντων
στα επιδεκτικά άτομα ή ζώα, ενώ πηγές μίανσεως όταν η μεταφορά και
ο πολλαπλασιασμός λοιμογόνων παραγόντων γίνεται σε στοιχεία του
άψυχου περιβάλλοντος τα οποία στη συνέχεια μπορεί να γίνουν πηγές
μόλυνσεως πχ. ο μικροβιοφορέας ζαχαροπλάστης μπορεί να γίνει πηγή
μίανσεως ενός γλυκού, που με τη σειρά του μπορεί να γίνει πηγή μο-
λύνσεως. Οι υποδόχοι (φορείς) είναι πηγές μόλυνσεως ή μίανσεως μό-
νο κατά την διάρκεια της περιόδου μεταδοτικότητας του λοιμογόνου
παράγοντα. Περίοδος μεταδοτικότητας είναι το χρονικό διάστημα κα-
τά την διάρκεια του οποίου ένας λοιμογόνος παράγοντας μπορεί να
μεταδοθεί άμεσα ή έμμεσα από μολυσμένο άνθρωπο ή ζώο σε άνθρωπο
και από μολυσμένο ζώο σε άνθρωπο.

Η έκθεση ενός ανθρώπου σε ένα λοιμογόνο παράγοντα μπορεί να
μην έχει κανένα αποτέλεσμα, μπορεί όμως να οδηγήσει σε λοίμωξη
του ανθρώπου. Λοίμωξη είναι η εγκατάσταση και η ανάπτυξη ή πολλα-
πλασιασμός ενός λοιμογόνου παράγοντα στον άνθρωπο ή το ζώο. Η λοί-
μωξη μπορεί να χαρακτηρίζεται από κλινικά συμπτώματα ή σημεία
(νόσος) ή να μην έχει κλινική εκδήλωση και να αναγνωρίζεται ερ-
γαστηριακά. Ένα μολυσμένο άτομο μπορεί να μεταδώσει την αντί-
στοιχη νόσο μόνο κατά την περίοδο της μεταδοτικότητας.

Οι διαστάσεις του νοσολογικού φάσματος των λοιμωδών νοσημάτων
αποτελούν έκφραση της ισορροπίας ανάμεσα στον άνθρωπο, τους ποι-
κίλους λοιμογόνους παράγοντες και τις συνθήκες του περιβάλλοντος.



Οι διαστάσεις του νοσολογικού φάσματος των λοιμωδών νοσημάτων.

Όταν ο λοιμογόνος παράγοντας έχει μικρή παθογονικότητα τότε

έχουμε υποκλινικές μολύνσεις όπως στην φυματίωση, την ηπατίτιδα Α, την πολυομυελίτιδα κ.ά. Όταν η παθογονικότητα του λοιμογόνου παράγοντα είναι μεγάλη τότε έχουμε έκδηλη τη νόσο, όταν όμως η λοιμοτοξικότητα του λοιμογόνου παράγοντα είναι μικρή οι λοιμώξεις συνήθως είναι ήπιες. Στις περιπτώσεις που η παθογονικότητα αλλά και η λοιμοτοξικότητα των λοιμογόνων παραγόντων είναι μεγάλη, τότε τα λοιμώδη νοσήματα δεν είναι μόνο κλινικά έκδηλα αλλά είναι και βαρειάς μορφής.

Για τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων είναι απαραίτητες πληροφορίες που αναφέρονται:

- α) Στα φυσικά χαρακτηριστικά των λοιμογόνων παραγόντων όπως η αντιγονικότητα, ανθεκτικότητα, φάσμα των ξενιστών, η ευαισθησία στα χημειοθεραπευτικά καθώς και
- β) Στα χαρακτηριστικά που καθορίζονται από τον ξενιστή όπως μολυσματικότητα, παθογονικότητα, λοιμοτοξικότητα, ανοσοποιητική ικανότητα κ.ά.

Ο άνθρωπος που πάσχει (βιολογικός ξενιστής) συντελεί στη μορφή εκδηλώσεως της αρρώστειας. Οι παράγοντες αντιστάσεως του βιολογικού ξενιστή στο λοιμογόνο παράγοντα είναι δύο:

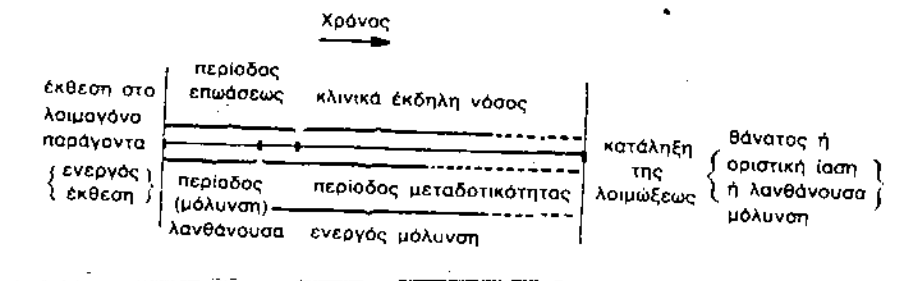
- 1) Οι μη ειδικοί παράγοντες αντιστάσεως, και
- 2) Οι ειδικοί.

Οι μη ειδικοί αναφέρονται στην ευπάθεια του ανθρώπου, η οποία επηρεάζεται από την κληρονομικότητα, την θρέψη, την ορμονική ισορροπία, την ηλικία, το φύλο, τα χαρακτηριστικά του προσβαλλόμενου ατόμου, η δράση των φαγοκυττάρων του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος (ΔΕΣ), η κατάσταση των φυσικών φραγμών του οργανισμού όπως είναι το δέρμα, οι βλεννογόνοι κ.ά.

Στους ειδικούς παράγοντες αντιστάσεως αναφέρεται η ανοσία (ενεργητική, παθητική, φυσική ή τεχνητή).

Το περιβάλλον φέρνει σε επαφή τον άνθρωπο με το λοιμογόνο παράγοντα. Οι χρονικές φάσεις μιας τυπικής λοιμώξεως, με πολλές παραλλαγές του προτύπου, φαίνεται στο παρακάτω σχήμα: (σελ. 38).

- 1) Η ενεργός έκθεση του ατόμου στο λοιμογόνο παράγοντα.
- 2) Λανθάνουσα περίοδος ή μόλυνση. Αυτή είναι μικρότερη από τον χρόνο επώσεως.
- 3) Περίοδος μεταδοτικότητας. Αυτή διαρκεί όσο διαρκεί η αποβολή

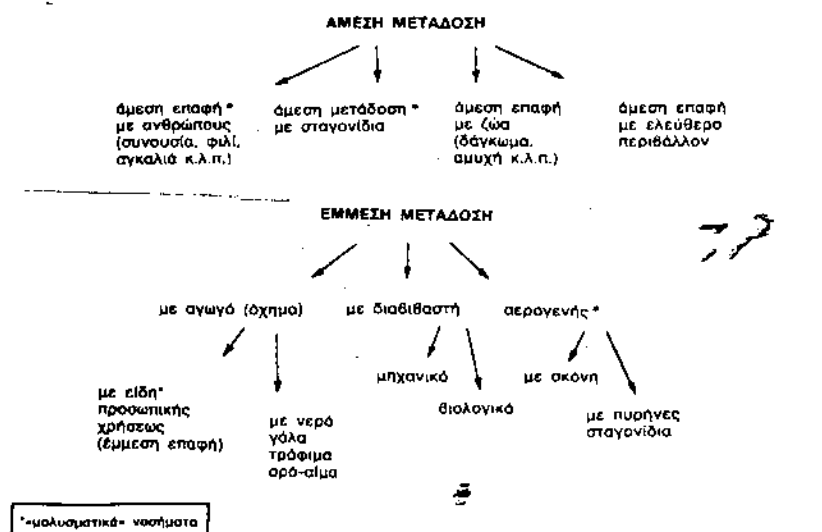


Οι χρονικές φάσεις μιας λοιμώξεως

του λοιμογόνου παράγοντα στο περιβάλλον και δεν έχει σταθερή σχέση με την κλινικά έκδηλη (φανερή) νόσο, δηλαδή η αρρώστεια μπορεί να μεταδίδεται και πριν την κλινική εκδήλωσή της. Έτσι εξηγείται γιατί η απομόνωση των αρρώστων δεν επαρκεί για την πρόληψη της διασποράς της νόσου.

- 4) Κατάληξη της λοιμώξεως. Αυτή μπορεί να είναι οριστική θεραπεία ή λανθάνουσα (κρυβεί) μόλυνση, δημιουργία χρόνιων εξελισσόμενων καταστάσεων (πχ. κίρρωση του ήπατος) ή θάνατος.

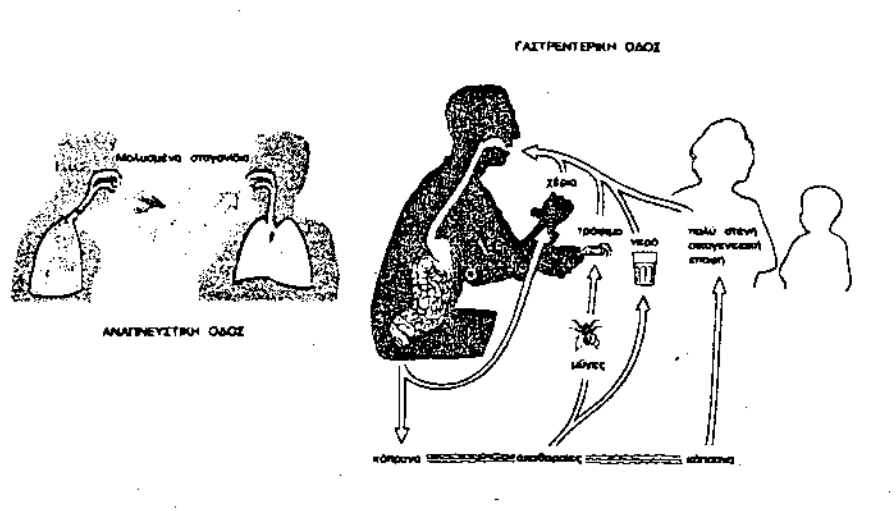
Μετάδοση ενός λοιμογόνου παράγοντα είναι η μεταφορά του παράγοντα από μια πηγή μόλυνσης σε ένα ευπαθές άτομο. Οι τρόποι μετάδοσης διακρίνονται σε άμεσους και έμμεσους. Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται η σχηματική ταξινόμηση των τρόπων μετάδοσης των λοιμωδών νοσημάτων κατά την Αμερικάνικη Εταιρεία Δημόσιας Υγείας.



Διάγραμμα Σχηματική ταξινόμηση των τρόπων μετάδοσης των λοιμωδών νοσημάτων

Τα στάδια μεταδόσεως ενός λοιμογόνου παράγοντα είναι:

- 1) Το στάδιο της διαφυγής από την πηγή μόλυνσεως,
- 2) Το στάδιο της μεταφοράς στο ευπαθές άτομο, και
- 3) Το στάδιο της εισόδου από την κατάλληλη για την κάθε περίπτωση θύρα εισόδου.



Κύριες οδοί εξαπλώσεως της λοιμώξεως

Χαρακτηριστικά όπως ηλικία, φύλο, φυλή, πολυμελής οικογένεια σειρά γεννήσεως, επάγγελμα και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο αφορούν τον τρόπο και το βαθμό εκθέσεως στους αντίστοιχους λοιμογόνους παράγοντες, τις διαβαθμίσεις της φυσικής ευπάθειας των διαφόρων ατόμων και τη φύση και την στάθμη της αντίστοιχης ειδικής ανοσίας.

Η σημασία της ηλικίας στην εκδήλωση λοιμωδών νοσημάτων είναι συνισταμένη της εκθέσεως σε λοιμογόνους παράγοντες, της φυσικής ευπάθειας και της ειδικής ανοσίας.

Τα δύο φύλα παρουσιάζουν ποικιλία ως προς τόν βαθμό εκθέσεως στον λοιμογόνο παράγοντα. Δεν αποκλείστηκε το ενδεχόμενο να συμμετέχουν γενετικοί παράγοντες, παρατηρήθηκε όμως ότι η αναλογία των δύο φύλων έχει σχέση με την ηλικία νοσήσεως (για τα περισσότερα λοιμώδη νοσήματα η αναλογία των γυναικών στο σύνολο των κρουσμάτων αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία προσβολής).

Οι διαφορές που παρατηρούνται στις ανθρώπινες φυλές ως προς την κατανομή ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων συνήθως έχουν σχέση με τις διαφορές που υπάρχουν στο περιβάλλον που ζουν και οι οποίες

επηρεάζουν τον τρόπο και τον βαθμό εκθέσεως στους λοιμογόνους παράγοντες. Δεν αποκλείεται να υπάρχουν φυσικές διαφορές (που έχουν καθοριστεί γενετικά) σε ορισμένες φυλές για μερικά λοιμώδη νοσήματα. Όμως αυτό δεν έχει ακόμα αποδειχθεί.

Στις πολυμελείς οικογένειες η πιθανότητα ενδο-οικογενειακής εκθέσεως σε λοιμογόνους παράγοντες είναι μεγαλύτερη για τους λόγους: μεγαλύτερη πιθανότητα να μπει στην οικογένεια λοιμογόνος παράγοντας, συνήθως χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, πυκνοκατοίκηση στο σπίτι.

Η σειρά γεννήσεως των παιδιών διαφοροποιεί την ηλικία εκθέσεως σε λοιμογόνους παράγοντες: το δεύτερο πχ. παιδί θα εκτεθεί σε περισσότερους λοιμογόνους παράγοντες σε μικρότερη ηλικία από το πρώτο παιδί επειδή οι λοιμογόνοι παράγοντες φθάνουν στο περιβάλλον της οικογένειας από το μεγαλύτερο παιδί.

Το επάγγελμα επηρεάζει τον τρόπο και το βαθμό εκθέσεως στους λοιμογόνους παράγοντες ενώ το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο επηρεάζει την στάθμη της αντίστοιχης ειδικής ανοσίας και δημιουργεί ή περιορίζει συνθήκες (ύδρευση, αποχέτευση, διατροφή κ.ά.), που συμβάλλουν στηνδιασπορά ορισμένων λοιμογόνων παραγόντων.

Παρατηρούνται διαφορές συχνότητας λοιμωδών νοσημάτων για τα άτομα που κατοικούν σε αστικές ή σε αγροτικές περιοχές. Οι αστικές περιοχές, λόγω της πυκνοκατοικήσεως, παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα μολυσματικών (μεταδίδονται χωρίς την παρέμβαση διαβιβαστή ή αγωγού) νοσημάτων, ενώ στις αγροτικές περιοχές τα λοιμώδη νοσήματα που μεταδίδονται με αγωγό (νερό, γάλα, τρόφιμα) και με διαβιβαστές (μηχανικούς ή βιολογικούς) παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα.

Το σχολείο τόσο των αγροτικών όσο και των αστικών περιοχών είναι ο χώρος στον οποίο το παιδί εκτίθεται για πρώτη φορά σε μεγάλο αριθμό λοιμογόνων παραγόντων, σε συνθήκες που ευνοούν την μετάδοση πολλών μολυσματικών νοσημάτων. Για το λόγο αυτό το σχολείο συχνά είναι κέντρο εκρήξεως επιδημιών.

Η διεργασία λοιπόν της εκδηλώσεως μιας λοιμώξεως είναι μια αλληλουχία υπάρξεως των πιο κάτω έξι παραγόντων:

- 1) Ο αιτιολογικός παράγοντας τον οποίο αποτελούν οι λοιμογόνοι παράγοντες (μικρόβια - κόκκοι, βάκιλλοι, σπυρίλεια, ιοί, ρικέτσιες, πρωτόζωα, μύκητες και παράσιτα).

- 2) Ο υποδόχος-φορέας, δηλαδή το περιβάλλον στο οποίο ο λοιμογόνος παράγοντας υπάρχει, το οποίο αποτελούν ο άνθρωπος, τα ζώα, τα φυτά και το άψυχο περιβάλλον (νερό, έδαφος κλπ.).
- 3) Ο τρόπος εξόδου του λοιμογόνου παράγοντα από τον υποδοχέα, όπως αναπνευστικό, πεπτικό, ουρογεννητικός σωλήνας, ανοικτές πληγές και δαγκώματα εντόμων.
- 4) Ο τρόπος μεταδόσεως του λοιμογόνου παράγοντα (άμεσος ή έμμεσος) από τον υποδόχο στον άνθρωπο.
- 5) Η είσοδος του λοιμογόνου παράγοντα στον ανθρώπινο οργανισμό γίνεται από το πεπτικό και αναπνευστικό σύστημα, ουροποιογεννητικό σύστημα, την διακοπή της συνέχειας του δέρματος και των βλεννογόνων και με δαγκώματα εντόμων.
- 6) Ο ευπαθής ξενιστής.

Η μη ύπαρξη του ένα από τους έξι παράγοντες ελέγχει αποτελεσματικά (αποκλείει) την εμφάνιση ενός λοιμώδους νοσήματος.

2.2 Ειδικά για τα λοιμώδη νοσήματα

1. Μικροβιακά Λοιμώδη Νοσήματα

1.α) Διφθερίτιδα

Οφείλεται στο κορυνοβακτηρίδιο της διφθερίτιδας και μεταδίδεται συνήθως με τα εκκρίματα της μύτης και του φάρυγγα που εκπέμπουν οι άρρωστοι ή και υγιείς μικροβιοφορείς.

Η νόσος προσβάλλει συνήθως παιδιά ηλικίας 1-6 ετών, ενώ τα βρέφη ιδίως μέχρι της ηλικίας των 6 μηνών προστατεύονται από τα μητρικά αντισώματα. Ο χρόνος επώασης της νόσου είναι 2-6 ημέρες.

Κλινική εικόνα: αρχίζει με χαμηλό πυρετό και κακουχία, στη περιοχή δε εγκατάστασης του βακτηριδίου αναπτύσσεται χαρακτηριστικό ρυπαρό επίχρισμα, που δύσκολα αποκολλάται και όταν αποκολληθεί αιμορραγεί. Συνήθως το μικρόβιο εγκαθίσταται στον φάρυγγα (φαρυγγική μορφή) οπότε οι τυπικές μεμβράνες (διφθέρες) εντοπίζονται στις αμυγδαλές και επεκτείνονται συνήθως στην υπερώα και σπανιότερα στο λάρυγγα (λάρυγγική μορφή).

Χαρακτηριστική είναι η οιδηματώδης διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων και η δύσοσμη απόπνοια. Στην λαρυγγική μορφή υπάρχει βράγχος της φωνής μέχρι αφωνίας, χαρακτηριστικός υπόκωφος βήχας και δύσπνοια με κυάνωση, αν καλυφθεί ολόκληρη η λαρυγγική κοιλότητα από τις διφθεριτικές μεμβράνες. Σπανιότερη μορφή είναι η διφθεριτική ρινίτιδα και ακόμη σπανιότερες μορφές η διφθερίτιδα του αιδοίου, η διφθεριτική οφθαλμία και η διφθεριτική ομφαλίτιδα.

Επιπλοκές: Η σοβαρότερη επιπλοκή είναι η διφθεριτική μυοκράδιτιδα από την οποία συνήθως καταλήγουν οι πάσχοντες από διφθερίτιδα. Άλλες επιπλοκές είναι οι παραλύσεις περιφερικών νεύρων (υπερώας, μυών φάρυγγος, λάρυγγος, οφθαλμών, άνω και κάτω άκρων), νεφρίτιδα, πνευμονία, ατελεκτασία. Οι επιπλοκές αυτές συνήθως παρέχονται μετά την θεραπεία.

Η διάγνωση της νόσου γίνεται από το χαρακτηριστικό επίχρισμα και την κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με την καλλιέργεια του φαρυγγικού επιχρίσματος.

Η θεραπεία: συνίσταται στην χορήγηση πεινικιλλίνης ή ερυθρομυκίνης και αντιδιφθερικού ορού.

Η πρόγνωση: εξαρτάται από την λοιμογόνο δύναμη του κορυνοβακτηριδίου και από την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Η προφύλαξη: γίνεται αποτελεσματικά με το αντιδιφθεριτικό εμβόλιο, η παράληψη του οποίου αποτελεί μεγάλο σφάλμα.

Νοσηλευτική φροντίδα:

Οι επιδιώξεις της νοσηλεύτριας αποβλέπουν:

- 1) Στην πρόληψη εμφάνισης της αρρώστειας και στον περιορισμό της διασποράς της.
- 2) Στην πρόληψη των επιπλοκών.
- 3) Στην ανακούφιση του αρρώστου από τις εκδηλώσεις της νόσου.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι νοσηλευτικές δραστηριότητες για την υλοποίηση των αντικειμενικών σκοπών (επιδιώξεων).

- 1α) Ενημέρωση του κοινού για τον τρόπο προφυλάξεως από την διφθερίτιδα.
- 1β) Υποχρεωτικός εμβολιασμός με εμβόλιο DTP και παρακολούθηση

εφαρμογής αναμνηστικής δόσεως του εμβολίου.

- 1γ) Εντόπιση ευπαθών ομάδων πληθυσμού και εκτέλεση της αναμνηστικής δόσεως του εμβολίου.
- 1δ) Έλεγχος του περιβάλλοντος του αρρώστου (συγγενείς, προσωπικό κ.ά.) για ανεύρεση μικροβιοφορέων.
- 1ε) Προφύλαξη του περιβάλλοντος από το κορυνοβακτηρίδιο με "αυστηρή απομόνωση" και προφυλακτικά μέτρα για το χειρισμό εκκρίσεως από το στόμα.
- 2α) Παρακολούθηση ζωτικών σημείων (σφυγμοί, αρτηριακή πίεση αίματος), για έγκαιρη διαπίστωση παρεκκλίσεων από το φυσιολογικό, που πιθανόν να οφείλεται σε καρδιακή ανεπάρκεια από εκφύλιση του μυοκαρδίου. Η βλάβη εντοπίζεται την 1η με 2η εβδομάδα.
- 2β) Παρακολούθηση του αρρώστου για κατακράτηση υγρών (οιδήματα ποδιών), δύσπνοια (δεν αισθάνεται άνεση στο ένα ή δύο μαξιλάρια), συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας.
- 2γ) Ενισχύεται ο άρρωστος να παραμένει στο κρεβάτι, να μην κουράζεται, ώστε να μην επιβαρύνεται το έργο της καρδιάς.
- 2δ) Ο άρρωστος παρακολουθείται για συμπτώματα παραλήσεως της μαλακής υπερώας όπως ανάρροια υγρών (στην κατάποση υγρών τα υγρά κατευθύνονται προς τη ρινική κοιλότητα) και ρινοφωνία, που συνήθως εκδηλώνεται στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, διπλωπία, στραβισμό (μείωση προσαρμοστικής ικανότητας του οφθαλμού από παράλυση των μυών του), βλεφαρόπτωση συνήθως παρατηρείται την 3^η εβδομάδα, αδυναμία άκρων, αστάθεια στο βάδισμα, πτώση παλάμης κ.ά. εκδηλώνεται την 4η εβδομάδα.
- 2ε) Η εμφάνιση δύσπνοιας χωρίς επιβάρυνση της καρδιάς συνήθως οφείλεται στην απόφραξη μερική ή ολική του λάρυγγα από ψευδομεμβράνη. Η έγκαιρη διάγνωση βοηθά στην αντιμετώπιση του αρρώστου με τραχειοτομή.
- 3α) Βοηθείται ο άρρωστος με επαρκή ανάπαυση, αναλγητικά, αντιπυρετικά, να μειωθεί το αίσθημα της κακουχίας.
- 3β) Το διαιτολόγιό του στην αρχή υγρά τροφή, κατόπιν πολτώδης και μετά ελαφρά καλύπτει τόσο τις ανάγκες του οργανισμού σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες όσο και σε θερμίδες. Στην περίπτωση παραλύσεως της μαλακής υπερώας δε δίδεται υδαρής

τροφή, αλλά πολτώδης* αν και η πολτώδης δεν προχωρεί τη φυσιολογική πεπτική οδό εφαρμόζεται τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα.

- 3γ) Παρακολουθείται η κένωση του εντέρου* αν παρουσιαστεί δυσκοιλιότητα βοηθείται ο άρρωστος με υπακτικά φάρμακα, υπόθετο γλυκερίνης ή και υποκλυσμό.
- 3δ) Η θερμοκρασία του δωματίου δεν πρέπει να είναι περισσότερη από 22°C και διατηρείται υγρή η ατμόσφαιρα.
- 3ε) Γίνεται καθαριότητα και αντισηψία της ρινοστοματοφαρυγγικής κοιλότητας για να παμοακρύνουμε ψευδομεμβράνες αν υπάρχουν και για να προλάβουμε κακοσμία κλπ.

1.β) Τέτανος

Οφείλεται στο κλωστηρίδιο του τετάνου που παρασιτεί στο έντερο του αλόγου, καταστρέφεται δε δύσκολα, γι' αυτό και βρίσκεται σε αφθονία σε σταύλους, κοπριές και ακάθαρτα γενικώς μέρη.

Πύλη εισόδου αποτελούν τα διάφορα τραύματα. Μετά επώαση 2 ημερών μέχρι και μερικών εβδομάδων προκαλείται σύσπαση των μαστηρών και των άλλων μυών, δυσκαμψία του αυχένα, οπισθότονος, ευερεθιστότητα, αγγειοκινητικές διαταραχές, πυρετός και σπασμοί. Χαρακτηριστικό της αρρώστιας είναι ότι άρρωστος διατηρεί διαύγεια πνεύματος. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο 400,999 άτομα χάνουν τη ζωή τους από τέτανο σε όλο τον κόσμο.

Πρόγνωση: Εξαρτάται από τον χρόνο επώασης (βαρύτερη η νόσος όσο βραχύτερος ο χρόνος επώασης), από την ηλικία του πάσχοντος (βαρύτερη, όσο μικρότερη η ηλικία) από τη θέση του τραύματος (βαρύτερη, όσο πλησιέστερο το τραύμα προς το Κ.Ν.Σ.) και από χρόνο έναρξης της θεραπείας (βαρύτερη, όσο βραδύτερα αρχίσει η θεραπεία).

Η προφύλαξη της αρρώστιας επιτυγχάνεται με τον εμβολιασμό, επιμελή καθαρισμό τραύματος με οξυζενέ και σε μη ανοσοποιημένο άτομο χορήγηση ανθρώπινης αντιτετανικής ανοσοσφαιρίνης.

Η θεραπεία με αντιτετανικό ορό⁵ και αντιβιοτικά (πενικιλίνη, τετρακυλίνη, ερυθρομυκίνη) στα οποία είναι ευαίσθητο το βακτηρίδιο είναι αποτελεσματική όταν αρχίσει τις πρώτες 6 ώρες και συνεχιστεί για 5 ημέρες. Η νόσηση από τέτανο δεν αφήνει ανοσία.



Νοσηλευτική φροντίδα:

Ο πρώτος αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι: η πρόληψη της αναπύξεως της αρρώστειας. Την πετυχαίνουμε με τα πιο κάτω μέτρα:

- 1) Κάθε διακοπή της συνέχειας του δέρματος (πληγή) να θεωρείται σαν δυνατή πόρτα εισόδου του βακτηριδίου του τετάνου. Γι' αυτό πρέπει:
 - α) Να γίνει πολύ καλός χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος (απομακρύνονται ξένα σώματα με πολύ καλό πλύσιμο, αφαιρούνται οι νεκρωμένοι ιστοί).
 - β) Ανοσοποίηση, που θα επηρεαστεί από τους παράγοντες: αν το άτομο έχει εμβολιαστεί με το αντιτετανικό εμβόλιο, τη φύση του τραύματος και πότε έγινε, καθώς επίσης και τις συνθήκες τραυματισμού.
 - γ) Χορήγηση αντιβιοτικών, στα οποία είναι ευαίσθητος ο βάκιλλος, τις πρώτες 6 ώρες από τον τραυματισμό και για

5 τουλάχιστον ημέρες.

2) Πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.

- α) Διατήρηση ανοικτής της αεροφόρου οδού (οι τετανικοί σπασμοί του λάρυγγα, φάρυγγα και των αναπνευστικών μυών μπορεί να προκαλέσουν ασφυξία και θάνατο) με, τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα, τραχειοτομή (η νοσηλεύτρια είναι έτοιμη για τραχειοτομή, που μπορεί να γίνει στο θάλαμο του αρρώστου) αν κριθεί απαραίτητο.
- β) Διατήρηση καλού αερισμού των πνευμόνων στον άρρωστο του οποίου οι σπασμοί αντιμετωπίζονται με διαζεπάμη ή με κουράριο με την εφαρμογή τεχνητής αναπνοής.
- γ) Περιορισμός της συχνότητας και εντάσεως των σπασμών με την μείωση οπτικών, αισθητικών και ακουστικών ερεθισμάτων και την χορήγηση ηρεμιστικών, νυοχαλαρωτικών και αντισπασμωδικών φαρμάκων. Ειδικότερα, ο άρρωστος νοσηλεύεται σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο, με αμυδρό φωτισμό, με πολύ περιορισμένο επισκεπτήριο και με συνθήκες πολύ μεγάλης ησυχίας. Περιορίζονται οι εσωτερικές και εξωτερικές πηγές θορύβου όπως έντονες ομιλίες μετακίνηση ή τρίξιμο μηχανημάτων, επίπλων κ.ά., αποφεύγονται το ακούμπημα στο κρεβάτι και η επαφή (άγγιγμα) με τον άρρωστο και κυρίως με κρύα χέρια εκτός αν είναι απόλυτα απαραίτητο. Αποφεύγονται απότομα ερεθίσματα όπως έντονος φωτισμός, θορύβου βώδης είσοδος από μέλη της ομάδας υγείας στο θάλαμο κ.ά.

3) Κάλυψη όλων των αναγκών του αρρώστου.

- α) Λαμβάνονται μέτρα ασφαλείας και προστασίας του αρρώστου κατά την φάση των σπασμών όπως, τοποθέτηση προφυλακτικών στο κρεβάτι, παραμονή νοσηλευτικού προσωπικού κοντά στον άρρωστο, πρόληψη εισροφήσεων εμέτων ή εκκρίσεων στοματικής κοιλότητας.
- β) Η διατροφή και ενυδάτωση του αρρώστου, όταν δεν μπορεί να γίνει από την φυσιολογική οδό, επιτυγχάνεται με εφαρμογή ρινιγαστρικού σωλήνα. Δεν χρειάζεται η εφαρμογή μέτρων απομονώσεως του αρρώστου.

1.γ) Κοκκύτης

Οφείλεται στον αιμόφιλο του κοκκύτου και μεταδίδεται κυρίως

με τα σταγονίδια που εκπέμπει ο άρρωστος ιδίως στο καταρροϊκό και στις αρχές του σπασμωδικού σταδίου. Δεν μεταδίδεται μετά την 6^η εβδομάδα ακόμη και όταν συνεχίζονται παροξυσμοί βήχα.

Προσβάλλει κάθε ηλικία, ιδίως όμως εκείνη των 2-5 ετών. Ευπρόσβλητα είναι επίσης τα βρέφη και νεογνά, στα οποία είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος. Αφήνει για πολλά χρόνια ανοσία που όμως εξασθενεί σιγά-σιγά. Ο χρόνος επώασης είναι 5-21 ημέρες.

Η κλινική εικόνα: χαρακτηρίζεται αρχικά από το προδρομικό ή καταρροϊκό στάδιο που εισβάλλει με καταρροϊκά φαινόμενα και βήχα προοδευτικά επιδεινούμενο. Το στάδιο αυτό διαρκεί 2 εβδομάδες περίπου και ακολουθείται από το σπασμωδικό ή παροξυσμικό στάδιο στο οποίο ο βήχας είναι πολύ έντονος και έρχεται με παροξυσμούς. Ειδικότερα ύστερα από βαθιά εισπνοή, το παιδί βήχει επανειλημμένα και αμέσως ακολουθεί βαθιά, ηχηρή και συρίττουσα εισπνοή, πολύ χαρακτηριστική. Πάνω στον παροξυσμό ο άρρωστος είναι ανήσυχος, οι φλέβες του λαιμού είναι διογκωμένες, οι οφθαλμοί προεξέχουν και τρέχουν δάκρυα. Στα μεγαλύτερα παιδιά παρατηρείται ελαφρά κυάνωση απόσπασμό της γλωττίδας, ενώ στα νεογνά και στα βρέφη παρατηρούνται άπνοιες με αποτέλεσμα και πάλι κυάνωση.

Το παροξυσμικό στάδιο διαρκεί 2-3 εβδομάδες και ακολουθείται από το στάδιο της αποδρομής (2-3 εβδομάδες επίσης), στη διάρκεια του οποίου οι παροξυσμοί γίνονται ελαφρότεροι και αραιότεροι.

Η διάγνωση της νόσου τίθεται από χαρακτηριστική κλινική εικόνα, ιδίως όταν υπάρχει επιδημία. Σε περίπτωση αμφιβολιών, στην διάγνωση μπορεί να βοηθήσει η αναζήτηση του αιμόφιλου σε ειδική καλλιέργεια του ρινοφαρυγγικού εκκρίματος όπως επίσης και η αύξηση του αριθμού των λεμφοκυττάρων στο αίμα.

Επιπλοκές: Από το αναπνευστικό σύστημα επιπλοκές είναι η βρογχοπνευμονία, η βρογχεκτασία, το μεσοπνευμόνιο εμφύσημα και ο πνευμονοθώρακας.

Από το ΚΝΣ σοβαρή επιπλοκή είναι η κοκκυτική εγκεφαλοπάθεια, που οφείλεται σε εγκεφαλικές μικροαιμορραγίες, από την αύξηση της ενδοκράνιας φλεβικής πίεσης και σε τοξινική δράση της ενδοτοξίνης του αιμόφιλου. Η πρόγνυσή της είναι βαρεία, διότι είτε επιφέρει το θάνατο, είτε προκαλεί διανοητική καθυστέρηση.

Άλλες επιπλοκές του κοκκύτου ελαφρές είναι ο τραυματισμός του χαλινού της γλώσσας, οι αιμορραγίες των οφθαλμών.

Θεραπεία: Δίδεται ερυθρομυκίνη επί μιά εβδομάδα για την αποστείρωση του φάρυγγα από τον αιμόφιλο του κοκκύτη. Με την ερυθρομυκίνη μειώνεται ο χρόνος μετάδοσης της νόσου και πιθανόν να τροποποιείται η πορεία της. Η χορήγηση αντικοκκυτικής γ-σφαιρίνης πιθανόν να βοηθεί μόνο, αν χορηγηθεί στην διάρκεια του σταδίου επώασης, ή το αργότερο στην αρχή της νόσου.

Η πρόγνωση του κοκκύτου είναι μάλλον καλή στα παιδιά άνω των 2 ετών. Αντίθετα, στα μικρότερα και ιδίως στα νεογνά και βρέφη μέχρι 6 μηνών μπορεί να είναι θανατηφόρος ή να προκαλέσει διανοητική καθυστέρηση από κοκκυτική εγκεφαλοπάθεια.

Προφύλαξη: Ο αντικοκκυτικός εμβολιασμός, παρέχει ικανοποιητική προστασία.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- 1) Αν το κρυολόγημα του παιδιού δεν βελτιώνεται και ο βήχας του χειροτερεύει, βάλτε το στο κρεβάτι και καλέστε το γιατρό.
- 2) Αν υποπτεύεστε κοκκύτη συμβουλευτείτε αμέσως το γιατρό.
- 3) Αν υποπτεύεστε κοκκύτη κρατήστε το παιδί από το σχολείο ή τον παιδικό σταθμό μέχρι που να το δει γιατρός.
- 4) Αν το παιδί έχει παρατεταμένη κρίση βήχα, βάλτε το να καθήσει και κρατήστε το γερμένο ελαφρά προς τα εμπρός. Έχετε δίπλα του ένα δοχείο για να φτύνει μέσα.



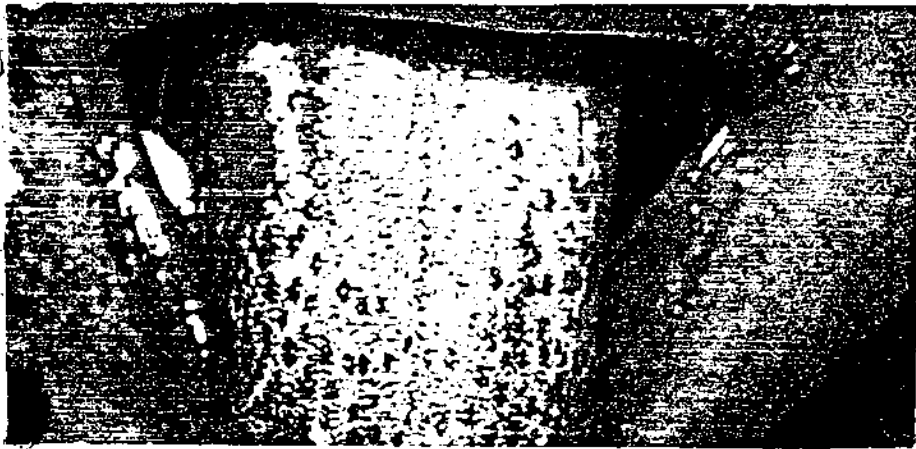
1.8) Οστρακιά

Είναι οξύ λοιμώδες εξανθηματικό νόσημα που οφείλεται στον Β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α. Σε αυτόν περιλαμβάνονται 50 διαφορετικοί τύποι στρεπτόκοκκου, οστρακιά όμως προκαλούν μόνον εκείνοι οι τύποι που παράγουν ερυθρογόνο τοξίνη και είναι υπεύθυνοι για το εξάνθημα. Η ανοσία είναι αντιτοξινική και αντιμικροβιακή ειδική για τον τύπο του υπεύθυνου στρεπτόκοκκου. Η αντιτοξινική ανοσία ελέγχεται με την δερματαντίδραση Dick που συνίσταται στην ενδοδερμική ένεση ερυθρογόνου τοξίνης.

Μεταδίδεται με τα σταγονίδια του ρινοφαρυγγικού εκκρίματος αρ-

ρώστου ή και υγιούς μικροβιοφορέα· σπανιότερα μεταδίδεται με μολυσμένα αντικείμενα. Προσβάλλει κυρίως παιδιά 2-8 ετών ποτέ βρέφη κάτω των 6 μηνών και σπανίως ενηλίκους.

Κλινική εικόνα: Μετά από επώαση 2-7 ημερών αρχίζει απότομα με ρίγος, υψηλό πυρετό και εμέτους. Γρήγορα αναπτύσσεται εντονότατη κυνάγχη με κατακόκκινο τον φάρυγγα, τη σταφυλή και την υπερώα και λευκωπό επίχρισμα. Η γλώσσα είναι σα βατόμυρο και συχνά



υπάρχει πετεχειώδες εξάνθημα. το εξάνθημα που εμφανίζεται μετά από 12-72 ώρες είναι διάχυτο μικροκηλιδώδες συρρέον, χωρίς υγιές δέρμα μεταξύ των κηλίδων. Αρχίζει από τον τράχηλο τις μαχαλιαίες και βουβωνικές πτυχές, την εσωτερική επιφάνεια των μηρών και επεκτείνεται προς το λοιπό σώμα. Το πρόσωπο είναι ερυθρό, ενώ η περιστοματική περιοχή ωχρή. Το εξάνθημα υποχωρεί μετά από 3-7 ημέρες με απολέπιση, άλλοτε λεπτή σαν σκόνη και άλλοτε με τη μορφή μεγάλων λεπίων. Με την υποχώρηση του εξανθήματος υποχωρεί και ο πυρετός.

Η διάγνωση: τίθεται από την κλινική εικόνα και την απομόνωση του στρεπτόκοκκου στη καλλιέργεια του φαρυγγικού επιχρίσματος.



Επιπλοκές: Αν δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, η οστρακιά μπορεί να προκαλέσει μικροβιακές επιπλοκές, όπως τραχηλική λεμφαδενίτιδα, μέση ωτίτιδα, ιγμορίτιδα, πυώδη αρθρίτιδα, σπηπτική ενδοκαρδίτιδα, οστεομυελίτιδα, κ.ά. και τοξινικές επιπλοκές, όπως οξεία σπειραματονεφρίτιδα, ρευματικό πυρετό και αλλεργική πορφύρα.

Θεραπεία: πενικιλίνη επί 10 ημέρες.

Πρόγνωση: άριστη, αν η θεραπεία αρχίσει έγκαιρα.

Προφύλαξη: απομόνωση του αρρώστου επί δύο ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Εμβόλιο ή ορός δεν υπάρχουν.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- 1) Ελέγξτε το λαιμό του παιδιού σας για να δείτε αν οι αμυγδαλές είναι κόκκινες και πρησμένες. Κοιτάξτε τη γλώσσα του μήπως είναι καλυμμένη από λευκό επίχρισμα με ζωπόχρωμους κόκκινους λεκέδες.
- 2) Μετρήστε τη θερμοκρασία του παιδιού για να δείτε αν έχει πυρετό. Αν έχει, βάλτε το στο κρεβάτι και προσπαθήστε να του κατεβάσετε την θερμοκρασία βρέχοντας το σώμα του με σφουγγάρι και χλιαρό νερό.
- 3) Δώστε στο παιδί άφθονα δροσερά υγρά και παιδική ασπιρίνη ή άλλο παιδικό αντιπυρετικό για να του απαλύνεται τον πονόλαιμο.
- 4) Συμβουλευτείτε το ταχύτερο δυνατό το γιατρό σας αν υποπτεύεστε οστρακιά. Ο γιατρός σας θα χορηγήσει αντιβιοτικά ή σουφλαμίδες για να ελαχιστοποιήσει την σοβαρότητα της αρρώστειας και να προλάβει επιπλοκές. Ο γιατρός θα σας ενημερώσει για τις επιπλοκές που μπορεί να ακολουθήσουν την στρεπτοκοκκική μόλυνση, έτσι ώστε, αν μετά την ανάρρωση του παιδιού εμφανισθούν ορισμένα συμπτώματα, να μπορείτε να συμβουλευτείτε το γιατρό σας αμέσως.
- 5) Η ανάπαυση στο κρεβάτι δεν είναι συνήθως απαραίτητη, αλλά πρέπει να κρατάτε το παιδί σας ζεστό και ήρεμο.
- 6) Η οστρακιά δεν είναι γενικά σοβαρή αρρώστεια και το παιδί θα είναι αρκετά καλά ώστε να μπορεί να γυρίσει στο σχολείο σε επτά ημέρες, μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων.
- 7) Δώστε στο παιδί άφθονα υγρά αν έχει χάσει την όρεξή του ή αν έχει πονόλαιμο και δεν μπορεί να καταπιεί.



1.ε) Μηνιγγίτιδα

Σαν πυώδης ή μικροβιακή μηνιγγίτιδα χαρακτηρίζεται φλεγμονή των μηνίγγων με θολερό έως πυώδες εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Αίτια: Στα μεγαλύτερα παιδιά το συχνότερο αίτιο είναι ο μηνιγγιτιδόκοκκος και σπανιότερα ο πνευμονιόκοκκος και ο αιμόφιλος της γρίπης, στα βρέφη συχνότερο αίτιο είναι ο πνευμονιόκοκκος, και λιγότερο συχνά ο αιμόφιλος της γρίπης και ο μηνιγγιτιδόκοκκος. Η νεογνική μηνιγγίτιδα, όπως αναφέρθηκε ήδη, οφείλεται στο κολοβακτηρίδιο, πρωτέα, ψευδομονάδα, κλεμπσιέλλα, σαλμονέλλα κ.ά.

Η μετάδοση: της νόσου γίνεται με τα σταγονίδια υγιούς συνήθως μικροβιοφορέως και σπανιότερα πάσχοντος από μηνιγγίτιδα. Αφήνει ικανού βαθμού ανοσία, ώστε δεύτερη νόσηση είναι σπάνια.

Κλινική εικόνα: Μετά από επώαση ωρών μέχρι 2 ημερών αρχίζει απότομα με πυρετό, έντονη κεφαλαλγία, εμέτους, ρίγος και βαρειά γενική κατάσταση. Γρήγορα το παιδί παρουσιάζει αυχενική και γενική μυϊκή δυσκαψμία, οπισθότονο και σπασμούς. Σε σημαντικό ποσοστό εμφανίζεται αιμορραγικό εμβολικό εξάνθημα, που στην σφηαιμική κεραυνοβόλο μορφή είναι πολύ συχνό και εκτεταμένο. Τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας των βρεφών διαφέρουν των παραπάνω. Έτσι τα βρέφη παρουσιάζουν συνήθως ανησυχία, ευερεθιστότητα, πυρετό, προπέτια της μεγάλης πηγής, άρνηση για φαγητό, εμέτους και σπασμούς.

Η διάγνωση: τίθεται με την χαρακτηριστική κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με την εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY), που είναι θολερό και πυώδες γιατί περιέχει πολλά πολυμορφοπύρρηνα. Επίσης το λεύκωμα του ENY είναι αυξημένο και το σάκχαρο πελατωμένο. Στην καλλιέργεια του ENY μπορεί να απομονωθεί ο υπεύθυνος μικροοργανισμός, γι' αυτό πρέπει να γίνεται πάντοτε για τη καλύτερη εκλογή αντιβιοτικού.

Πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι το ENY στην κεραυνοβόλο σφηαιμική μορφή μπορεί να είναι φυσιολογικό. Στην περίπτωση αυτή η καλλιέργεια αίματος μπορεί να είναι θετική.

Η χρόνια μηνιγγίτιδα οφείλεται σε μη έγκαιρη διάγνωση ή ατελή θεραπεία της οξείας μηνιγγίτιδας και συνήθως καταλήγει στο θάνατο.

Η θεραπεία: της μηνιγγίτιδας πρέπει να είναι έγκαιρη, περι-

λαμβάνει δε την χορήγηση αντιβιοτικού ενδοφλεβίως. Το χορηγούμενο αντιβιοτικό προσδιορίζεται από την ευαισθησία του μικροβίου, που απομονούται από το ΕΝΥ. Εάν αυτό δεν είναι γνωστό, τότε δίδεται συνήθως αμπικιλίνη στα μεγάλα παιδιά ή συνδυασμός αμπικιλίνης και γενταμικίνης ή καναμικίνης στα νεογνά και βρέφη.

Η πρόγνωση της μηνιγγίτιδας εξαρτάται κυρίως από το χρόνο έναρξης της θεραπείας, από την ηλικία του ασθενή (βαρύτερη σε μικρότερες ηλικίες) και από το είδος του παθογόνου μικροβίου (βαρύτερη, όταν το μικρόβιο είναι αρνητικό κατά gram, πνευμονιόκοκκος, σταφυλόκοκκος, ή αιμόφιλος της γρίπης, ελαφρότερη όταν είναι μηνιγγιτιδόκοκκος).

Προφύλαξη: Συνίσταται η απομόνωση του αρρώστου επί 24 ώρες από την έναρξη της θεραπείας, όταν το αίτιο είναι ο μηνιγγιτιδόκοκκος, ειδάλλως δεν χρειάζεται απομόνωση.

Για τους ενήλικες του αμέσου περιβάλλοντος του ασθενούς συνίσταται η χορήγηση από το στόμα τετρακυκλίνης (μινουκυκλίνης) επί 4 ημέρες. Εμβόλια ή ορός δεν υπάρχουν.

Νοσηλευτική φροντίδα

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με μηνιγγίτιδα και οι νοσηλευτικές δραστηριότητες για την επιτυχία των αντικειμενικών σκοπών είναι:

- 1) Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου και τις επιπτώσεις.
 - α) Ο άρρωστος ανακουφίζεται από τον πονοκέφαλο όταν περιορίσουμε τους θόρυβους, το δυνατό φως και του βάζουμε κρύες κομπρέσες στο κεφάλι.
 - β) Η μυϊκή δυσκαμψία ανακουφίζεται και περιορίζονται οι σπασμοί με μυοχαλαρωτικά, ύστερα από ιατρική οδηγία, όταν περιορίσουμε ότι προκαλεί διέγερση (θόρυβο, έντονο φωτισμό, απότομες και βίαιες κινήσεις, ανομοιόμορφη θερμοκρασία περιβάλλοντος, κρύο νερό στο λουτρό καθαριότητας, επαφή με κρύα χέρια κ.ά.).
 - γ) Πρόληψη εμέτων με περιορισμό προσλαμβανόμενων υγρών από το στόμα, πλύση στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό, μετά από κάθε έμετο, απομάκρυνση εμεσμάτων.

- δ) Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών όπως ενυδάτωση, παρακολούθηση ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών. Παρακολούθηση του αρρώστου για έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- ε) Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη κατακλίσεων.
- στ) Προφύλαξη του αρρώστου από κακώσεις όταν η επαφή του με το περιβάλλον δεν είναι πολύ καλή.
- ζ) Πρόληψη της δυσκοιλιότητας με υπαικτικά φάρμακα, υπόθετο γλυκερίνης και αντιμετώπισή της με καθαρτικό υποκλυσμό.
- η) Όταν η νόσος εισβάλλει απότομα ο άρρωστος παρακολουθείται για σημεία shock, λαμβάνεται φλεβική πίεση αίματος, παρακολουθείται το ισοζύγιο υγρών και χορηγούνται άφθονα υγρά ενδοφλεβίως.
- θ) Υποβαστάζεται ο άρρωστος κατά τις οσφυονωτιαίες παρακινήσεις.
- 2) Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών.
- α) Η έγκαιρη εφαρμογή της θεραπείας με απόλυτη ακρίβεια στη δόση, χρόνο και οδό αποτελεί το ουσιαστικό μέτρο στην πρόληψη των επιπλοκών.
- β) Προσεκτική παρατήρηση του αρρώστου για έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων αυξήσεως της πίεσεως του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, οιδήματος εγκεφάλου, υδροκέφαλου, σοκ κ.ά.
- γ) Υποβάσταξη της οικογένειας όταν το παιδί τους έπαθε μόνιμες εγκεφαλικές βλάβες (διανοητική καθυστέρηση).
- 3) Προφύλαξη από τη νόσο, πρόληψη της διασποράς.
- α) Για την προφύλαξη από τη νόσο αναζητούνται οι υγιείς μικροβιοφορείς (αποκλειστικά άνθρωποι), που το ποσοστό τους είναι αυξημένο στο τέλος του χειμώνα και την αρχή της ανοίξεως καθώς και στους ομοφυλόφιλους.
- Ο μηνιγγιτιδόκοκκος είναι πολύ ευαίσθητος στις επιδράσεις του περιβάλλοντος (καταστρέφεται σε θερμοκρασία 55°C για λιγότερο από 5') και των αντισηπτικών (καταστρέφεται σε 1' μετά από επίδραση 1% φαινόλης).

Σήμερα η πρόληψη της νόσου γίνεται και με εμβόλιο (περιέχει πολυσακχαριτικό αντιγόνο του ελύτρου των ομάδων Α και C, δεν υπάρχει ακόμη εμβόλιο για την πρόληψη λοιμώξεων της ομάδας Β). Μέτρα επίσης αποτελεσματικά για την προφύλαξη από τη νόσο ή την διάσπαση μιας επιδημίας είναι η αραίωση των ατόμων που είναι υποχρεωμένα να ζουν μαζί όπως στρατώνες, σχολεία. Γι' αυτό άλλωστε κλείνουν τα σχολεία κατά την εμφάνιση επιδημίας μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας.

Επίσης σε περίοδο επιδημίας, όσοι έρχονται σε επαφή με τους αρρώστους προφυλάσσονται από τη νόσο αν πάρουν αμπικιλίνη ή ριφαμπικίνη για 3-4 ημέρες. Με τον τρόπο αυτό καταστρέφονται οι μηνιγγιτιδόκοκκοι στο ρινοφάρυγγα των υγιών ατόμων.

- β) Για να μην μεταδοθεί σε πολλούς η αρρώστεια λαμβάνονται τα μέτρα απομονώσεως που αναφέρονται όταν το νόσημα μεταδίδεται από το αναπνευστικό σύστημα, καθώς και τα μέτρα που λαμβάνονται κατά τον χειρισμό των εκκρίσεων από το στόμα.

Ακόμη, για την πρόληψη της διασποράς του νοσήματος γίνεται αντισηψία του ρινοφάρυγγα του αρρώστου και λαμβάνονται μέτρα απολυμάνσεως του υλικού που χρησιμοποιήθηκε κατά την οσφυονωτιαία παρακέντηση, αιμοληψία ή ενδοφλέβια ένεση καθώς επίσης και του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και αίματος πριν πεταχτούν. Τα μέτρα απομονώσεως του αρρώστου λαμβάνονται όταν η καλλιέργεια ρινοφαρυγγικού εκκρίματος για μηνιγγιτιδόκοκκο είναι αρνητική.

Η διασπορά της αρρώστειας περιορίζεται πολύ με την τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής.

1.στ) Σαλμονελλώσεις

Σαλμονελλώσεις είναι αρρώστειες που προκαλούν οι σαλμονέλλες. Οι σαλμονέλλες είναι Gram-αρνητικά βακτηρίδια, αναπτύσσονται σε αερόβιες αλλά και αναερόβιες συνθήκες, βάση δε του σωματικού βλεφαριδικού αντιγόνου κατατάσσονται σε ομάδες και τύπους.

Από σαλμονελλώσεις πάσχει ο άνθρωπος και τα ζώα. Στον άνθρωπο προκαλούν εντερικό πυρετό (τυφοειδής πυρετός, παράτυφοι), ο-

Ξεία διαρροϊκή αρρώστεια, σηψαιμία και σπανιότερα εντοπισμένες λοιμώξεις.

Πηγές μόλυνσεως είναι:

- Το νερό στο οποίο περιλαμβάνεται και το νερό της θάλασσας σε περιοχές που χύνονται οχετοί, λύματα κλπ.,
- Τροφές που λερώθηκαν από ακάθαρτα νερά,
- Τα κόπρανα και τα ούρα του αρρώστου,
- Οι μικροβιοφορείς (άτομα που ανάρρωσαν από την αρρώστεια, αλλά τα κόπρανα και τα ούρα τους μπορεί να περιέχουν σαλμονέλλες.

Οι σαλμονέλλες μπορεί να προκαλέσουν:

α) ΟΞεία γαστρεντερίτιδα

Μεταδίδεται: κυρίως με μολυσμένες τροφές (τροφική δηλητηρίαση) και έχει χρόνο επώασης από μερικές ώρες μέχρι 3 ημέρες.

Κλινική εικόνα: εκδηλώνεται με πυρετό, εμέτους, διαρροϊκές κενώσεις και κοιλιακά άλγη, συμπτώματα που διαρκούν συνήθως 3-4 ημέρες.

Θεραπεία: αμπικιλλίνη και παρεντερική χορήγηση υγρών, αν έχει προκληθεί αφυδάτωση.

β) Τυφοειδής πυρετός

Οφείλεται στη σαλμονέλλα του τύφου. Είναι σηψαιμική αρρώστεια με δευτεροπαθή εντόπιση στο έντερο. Το μικρόβιο μπαίνει στον οργανισμό από το στόμα, περνάει τον εντερικό βλεννογόνο και φτάνει στους μεσεντέριους λεμφαδένες και με το θωρακικό πόρο φτάνει στην κυκλοφορία (πρωτοπαθής μικροβιαίμια) από τη χοληδόχο κύστη το μικρόβιο έρχεται στο έντερο, πολλαπλασιάζεται στις παύεριες πλάκες και νεκρώνει το βλεννογόνο. Στη φάση αυτή μπορεί να παρατηρηθεί εντεροραγία (αιμορραγία εντέρου) και διάτρηση εντέρου.

Μεταδίδεται: με τα κόπρανα και τα ούρα πασχόντων ή μικροβιοφορέων με τους οποίους μολύνονται τα χέρια, τα τρόφιμα και το νερό. Είναι συχνότερος το καλοκαίρι και το φθινόπωρο, αφήνει μόνιμη ανοσία και έχει χρόνο επώασης 5-8 ημέρες.

Κλινική εικόνα: Στα μεγαλύτερα παιδιά αρχίζει με αδιαθεσία,

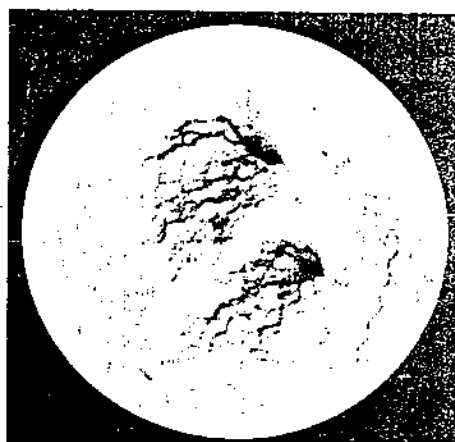
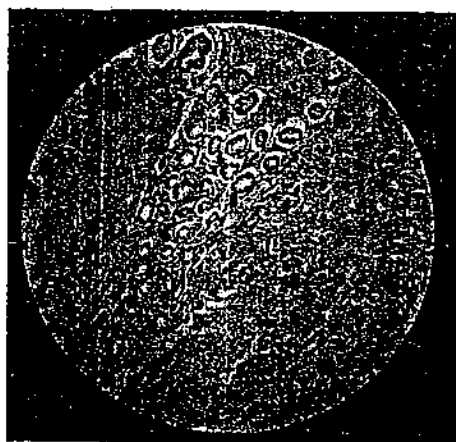
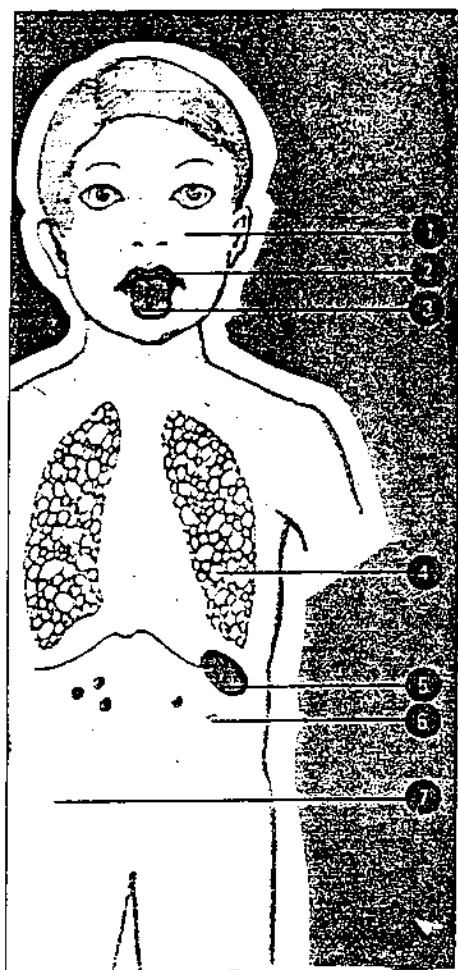
ανορεξία, κεφαλαλγία και κοιλιακά άλγη. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν μια εβδομάδα και αν δεν αρχίσει η θεραπεία, ο πυρετός γίνεται υψηλός και το παιδί παρουσιάζει απάθεια, υπνηλία και ταχυσφυγμία. Η γλώσσα είναι επίχρηστη και εμφανίζεται στο δέρμα η τυφική ροδάνθη.

Στα βρέφη και νεογνά η νόσος είναι άτυπη και εκδηλώνεται σαν γαστρεντερίτιδα κυρίως με εμέτους και διάρροια.

Οι επιπλοκές του τυφοειδούς πυρετού - σπάνιες στην παιδική ηλικία - είναι η εντερορραγία, η διάτρηση του εντέρου, η μυοκαρδίτιδα κ.ά.

Η διάγνωση: της νόσου στην πρώτη εβδομάδα γίνεται με την καλλιέργεια αίματος, στην οποία μπορεί να απομονωθεί η σαλμονέλλα. Στην δεύτερη εβδομάδα απομονώνεται κυρίως με τα κόπρανα και τα ούρα. Επίσης μετά την 10η ημέρα ανευρίσκεται θετική η οροαντίδραση Widal.

Θεραπεία: αμπικιλλίνη ή χλωρομυκητίνη ή Septrin.



Βακτηρίδια τύφου

Η πρόγνωση: είναι καλή, η νόσος όμως μπορεί να υποτροπιάσει οπότε επιβάλλεται επανάληψη της θεραπείας.

Προφύλαξη: Επιβάλλεται απομόνωση του πάσχοντος μέχρι να βρε-

θούν αρνητικές 3 καλλιέργειες κοπράνων. Επίσης σαν γενικά προφυλακτικά μέτρα είναι ο έλεγχος του νερού και των τροφίμων. Τέλος, σε περιοχές, που ενδημεί ο τυφοειδής πυρετός επιβάλλεται το αντιτυφικό εμβόλιο.

γ) Παράτυφος

Άλλες σαλμονέλλες ιδιαίτερα του παράτυφου Α, Β, C μπορούν να προκαλέσουν αρρώστεια που μοιάζει κλινικά με τον τυφοειδή πυρετό με σχετικά ελαφρότερα συμπτώματα.

Η αρρώστεια χαρακτηρίζεται από κοιλιακούς πόνους, ναυτία, εμέτους, διαρροϊκές κενώσεις και συνοδεύεται από πυρετό που διαρκεί 1-4 ημέρες. Η αρρώστεια αρχίζει μετά από 8-48 ώρες από την κατανάλωση τροφίμων ζωϊκής προελεύσεως που έχουν μολυνθεί με σαλμονέλλες.

Επιπλοκές: Οι επιπλοκές του τύφου εμφανίζονται την 2η ή 3η εβδομάδα. Συχνότερες είναι η βρογχοπνευμονία, η διάρρηση και η αιμορραγία του λεπτού εντέρου.

Θεραπεία: Η νόσος θεραπεύεται με χλωραμφαινικόλη, η οποία δίνεται σε διαιρεμένες δόσεις 4 γρ. τη μέρα μέχρι να πέσει ο πυρετός και τότε η δόση ελαττώνεται σε 1 γρ. τη μέρα. Όλη η διάρκεια της θεραπείας είναι 14 ημέρες. Γενικά θεραπευτικά μέτρα εφαρμόζονται όπως σε όλες τις λοιμώδεις διάρροιες. Αν οι καλλιέργειες κοπράνων παραμείνουν θετικές μετά 6-12 μήνες, τα άτομα αυτά θα παραμείνουν φορείς για όλη τους τη ζωή.

Νοσηλευτική φροντίδα:

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- 1) Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου.
- 2) Πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστειας.
- 3) Πρόληψη διασποράς του λοιμογόνου παράγοντα.

1. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου

- 1.1 Ακριβής τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (θεραπευτική, ανακουφιστική).
- 1.2 Εφαρμογή νοσηλευτικών δραστηριοτήτων για τη μείωση και

ανακουφισή του αρρώστου από τον πυρετό.

- 1.3 Τρίωρη μέτρηση και αναγραφή θερμοκρασίας και σφυγμών.
- 1.4 Προστασία του αρρώστου στη φάση της θολώσεως της διάνοιας, ημιαφασίας, παραληρήματος, διεγέρσεως και μεγάλης καταβολής δυνάμεων από ατυχήματα και προσπάθεια να διατηρηθεί επαφή, επικοινωνία και συνεργασία με τον άρρωστο.
- 1.5 Παρακολούθηση του αρρώστου για διάταση της ουροδόχου κύστεως (στο τοξικό στάδιο ο άρρωστος μπορεί να χάσει το αντανακλαστικό της ουρήσεως) και παροχή ανάλογης βοήθειας.
- 1.6 Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση δυσκοιλιότητας· εφαρμόζονται μέτρα για την πρόληψη της όπως τοποθέτηση υπόθετου γλυκερίνης. Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας εκτελούνται υποκλυσμοί με φυσιολογικό ορό, χαμηλής πιέσεως για την αποφυγή διατρήσεως του εντέρου. Η εφαρμογή σωλήνα αερίων ανακουφίζει τον άρρωστο από το μετεωρισμό της κοιλίας.
- 1.7 Χορήγηση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιας σε λευκώματα αποφεύγονται τροφές που αφήνουν υπολείμματα για την αποφυγή του ερεθισμού του βλεννογόνου του εντέρου. Η δίαιτα στην αρχή είναι πολτώδης και υδαρής (κρέμα, αυγά μελάτα, πολτοποιημένο κοτόπουλο, γάλα κ.ά.)· όσο βελτιώνεται η κατάσταση του αρρώστου γίνεται στερεά.

2. Η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστειας

- 2.1 Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία και συμπτώματα εντερορραγίας (αιμορραγία λεπτού εντέρου) όπως ανησυχία, εφίδρωση, ωχρότητα προσώπου, αδυναμία, ταχυσφυγμία, πτώση αρτηριακής πιέσεως του αίματος, αιματηρή ή μέλαινα (μαύρη) κένωση. Υπάρχει διασταύρωμένο αίμα στην τράπεζα αίματος για άμεση χρησιμοποίησή του, αν παρουσιαστεί ανάγκη. Αποφυγή παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν εντερορραγία όπως τροφές με κυτταρίνη, υψηλός υποκλυσμός. Σε περίπτωση εντερορραγίας απαγορεύεται η λήψη τροφής και υγρών από το στόμα, ο άρρωστος τρέφεται και ενυδατώ-

νεται παρεντερικά, παραμένει στο κρεβάτι και περιορίζονται οι κινήσεις του.

- 2.2 Παρακολούθηση αρρώστου για συμπτώματα διατρήσεως του εντέρου όπως αιφνίδιος, οξύς και δυνατός πόνος στην κοιλιά που μπορεί απότομα να σταματήσει, σανιδώδης (σκληρή) κοιλιά, ευαίσθητη κατά την ψηλάφηση, αγωνία, επιπόλαιες αναπνοές, σημεία shock. Η επιπλοκή αυτή συνήθως παρουσιάζεται κατά την τρίτη εβδομάδα της νόσου. Τα μέτρα προλήψεως είναι τα ίδια με αυτά που εφαρμόζονται στην εντεροραγία. Στον άρρωστο εφαρμόζεται ρινογαστρική διασωλήνωση για τη συνεχή απομάκρυνση του περιεχομένου του στομάχου, χορηγούνται ενδοφλέβια υγρά και γίνεται χειρουργική επέμβαση. Στη φάση αυτή ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτε από το στόμα και παραμένει ακίνητος στο κρεβάτι.
- 2.3 Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα βρογχοπνευμονίας (βλέπετε νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με βρογχοπνευμονία).

3. Πρόληψη διασποράς του λοιμογόνου παράγοντα (σαλμονέλλες)

- 3.1 Ο άρρωστος νοσηλεύεται σε μονόκλινο δωμάτιο, εφαρμόζεται η τρέοχουσα απολύμανση του περιβάλλοντος του (βλέπετε γενικό μέρος), και οποιοσδήποτε μπει στο δωμάτιο πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτική μπλούζα. Τα απεκκρίματα (κόπρανα και ούρα) του αρρώστου και τα υπολείμματα (περισσεύματα) τροφών απολυμαίνονται πριν πεταχθούν. Για περισσότερα βλέπετε γενικό μέρος: προφυλάξεις όταν η αρρώστεια μεταδίδεται από τον εντερικό σωλήνα και προφυλακτικά μέτρα για το χειρισμό απεκκρίσεων όπως κόπρανα και ούρα.
- 3.2 Εφαρμόζονται γενικά μέτρα προλήψεως του νοσήματος με την αγωγή υγείας.

- Προφυλακτικός εμβολιασμός.
- Εξασφάλιση υγιεινών συνθηκών περιβάλλοντος με ασφαλή ύδρευση, παστεριωμένο γάλα, υγειονομικό έλεγχο των χώρων που προσφέρεται παρασκευασμένη τροφή (εστιατόρια, κ.ά.), εφαρμογή αρχών υγιεινής από τα άτομα που χειρίζονται τις τροφές, χρησιμοποίηση υγιεινών μεθόδων και τεχνικών διαθέσεως των απορριμάτων και των λυμάτων.

- Όσοι αρρώστησαν από σαλμονελλώσεις παρακολουθούνται για τη διαπίστωση ότι δεν είναι μικροβιοφορείς. Οι μικροβιοφορείς απαγορεύεται να ασχολούνται με τρόφιμα, είδη ζαχαροπλαστικής αναψυκτικών κλπ.

Αν η νοσηλεία του αρρώστου δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί στο νοσοκομείο πρέπει να δημιουργηθούν "κατάλληλες" και "ασφαλείς" συνθήκες νοσηλείας στο σπίτι.

Το μέλος της οικογένειας που θα αναλάβει την ευθύνη της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου παίρνει γραπτές οδηγίες όπως:

1. Δίαιτα του αρρώστου.
2. Φαρμακευτική αγωγή (θεραπευτική, ανακουφιστική).
3. Εφαρμογή τρέχουσας απολυμάνσεως με προσαρμογές ανάλογα με τις προσφερόμενες συνθήκες πχ. τα κόπρανα, ούρα, ορισμένα αντικείμενα απολυμαίνονται με διάλυμα 5% ασβέστη σε ζεστό νερό (σκεπάζεται το υλικό που θέλουμε να απολυμανθεί με το διάλυμα, το αφήνουμε δύο ώρες και αν είναι κόπρανα τα ρίχνουμε στην τουαλέτα (αποχέτευση), ενώ το αντικείμενο αφού πλυθεί μπορεί ακίνδυνα να χρησιμοποιηθεί), ιματισμός, αντικείμενα διάφορα αποστειρώνονται με βρασμό κλπ.
4. Τρόποι βοήθειας για την κένωση του εντέρου σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Μέτρα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό.
6. Παρακολούθηση και καταγραφή της θερμοκρασίας και των σφυγμών.
7. Σημεία και συμπτώματα που μπορεί να προειδοποιούν την εξέλιξη μιας επιπλοκής και τρόπος ενέργειας.

Εξηγείται η φύση της αρρώστειας, η ανάγκη απομονώσεως του αρρώστου από τα άλλα μέλη της οικογένειας, πληροφορείται για την τεχνική της απομονώσεως και πως θα εμποδίσουν τα έντομα και κυρίως τις μύγες να μπαίνουν στο δωμάτιο του αρρώστου.

Την πιο πάνω ενημέρωση και εκπαίδευση αναλαμβάνει η νοσηλεύτρια στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περιθάλψεως υγείας.

1.ζ) Μελιταίος πυρετός

Ο μελιταίος πυρετός ή βρουκέλλωση οφείλεται στη βρουκέλλα των

αιγών, των χοίρων ή των αγελάδων.

Μεταδίδεται στον άνθρωπο από τα μολυσμένα ζώα με το μη παστεριωμένο γάλα και τα προϊόντα του, από την επαφή με τα εκκρίματα των μολυσμένων ζώων, με τις μύγες και από την εισπνοή σκόνης ιδίως στα εργοστάσια συσκευασίας κρεάτων.

Δεν είναι γνωστό εάν καταλείπει ανοσία.

Κλινική εικόνα: Μετά από επώαση 5-30 ημερών εκδηλώνεται με ανορεξία, κακουχία, νυκτερινούς ιδρώτες, ρινορραγίες και πυρετό χαρακτηριστικό, που διαρκεί δηλαδή μερικές ημέρες και ύστερα υποχωρεί μόνος για να επανεμφανισθεί ξανά μετά μερικές ημέρες (κυματοειδής πυρετός). Εάν η διάγνωση και θεραπεία δεν γίνουν έγκαιρα στα παραπάνω συμπτώματα προστίθενται αρθραλγίες, διόγκωση ήπατος και σπληνός και ευερεθιστότητα.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται αρχικά με την καλλιέργεια αίματος, μυελού των οστών ή ούρων, ιδίως στην διάρκεια πυρετικού κύματος. Εν τούτοις αρνητική καλλιέργεια δεν αποκλείει τον μελιταίο. Μετά την 3η εβδομάδα θετικοποιείται η οροαντίδραση Wright, που επίσης επιβεβαιώνει την διάγνωση.

Επιπλοκές: του μελιταίου πυρετού είναι αρθρίτιδα, η οστεομυελίτιδα, η περικαρδίτιδα κ.ά.

Θεραπεία: φάρμακο εκλογής είναι οι τετρακυκλίνες. Δεν πρέπει όμως να δίδονται σε παιδιά κάτω των 8 ετών, στα οποία δίδεται ο συνδυασμός τριμεθοπρίμης - σουλφισοξαζόλης (Septtrin, Bac-trimef). Σε υποτροπές τα παραπάνω φάρμακα συνδυάζονται με στρεπτομυκίνη.

Η πρόγνωση είναι καλή, η προφύλαξη δεν περιλαμβάνει: εμβολιασμό και έλεγχο των ζώων, παστερίωση του γάλακτος, υγιεινή παρασκευή των γαλακτομικών προϊόντων και επιμελή καθαρισμό των ατόμων που ασχολούνται με τα ζώα. Απομόνωση του πάσχοντος δεν χρειάζεται.

Νοσηλευτική φροντίδα:

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου

- 1.1 Στην οξεία εμφάνιση της αρρώστειας ο άρρωστος ανακουφίζεται από τον υψηλό πυρετό, το ρίγος και τις εφιδρώσεις με τις νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με λευχαιμία.
- 1.2 Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αθόρυβης εμφανίσεως της νόσου ενισχύεται ο άρρωστος να μένει αρκετές ώρες στο κρεβάτι, του προσφέρεται τροφή της αρεσκείας του, πλουσια σε λευκώματα υψηλής βιολογικής αξίας - δεν υπάρχει περιορισμός στο είδος και τον τρόπο παρασκευής της τροφής - χορηγούνται αναλγητικά με εντολή γιατρού, παρακολουθείται το βάρος και καταγράφεται η θερμοκρασία του σώματος, προστατεύεται από κρυολόγημα όταν έχει εφιδρώσεις, βοηθείται να ικανοποιεί τις φυσικές του ανάγκες, όπως ατομική καθαριότητα.

2. Πρόληψη της αρρώστειας

- 2.1 Διαφώτιση του κοινού και ιδιαίτερα των περιοχών, που η αρρώστεια ενδημεί για τα μέτρα που πρέπει να παίρνουν, για να προφυλαχθούν από την αρρώστεια και τα οποία είναι:
- Βράζεται το γάλα τουλάχιστον για 10 λεπτά πριν χρησιμοποιηθεί, όταν δεν χρησιμοποιείται παστεριωμένο γάλα.
 - ~~Εξαφανίζονται τα ζώα (αγελάδες, αιγοπρόβατα, χοίροι) που έχουν προσβληθεί από τη νόσο.~~
 - Απολυμαίνονται τα κόπρανα και τα ούρα του πάσχοντα.
 - Γαλακτοκομικά προϊόντα, που έχουν κατασκευασθεί με γάλα που δεν έχει παστεριωθεί, πρέπει να μένουν σε θερμοκρασία ψυγείου για 90 τουλάχιστον ημέρες πριν δοθούν στην κατανάλωση.
- 2.2 Δεν είναι απαραίτητα τα μέτρα απομονώσεως του αρρώστου.

1.η) Βακτηριακή Δυσεντερία (Σιγκελλώσεις)

Οι σιγκελλώσεις οφείλονται σε σιγκέλλες, Gram-αρνητικά βακτηρίδια. Μεταδίδονται πολύ εύκολα, με άμεση επαφή, από άτομο σε άτομο (μεταφορά με τα χέρια). Η μετάδοση μπορεί να γίνει και με μολυσμένο νερό και τρόφιμα και μύγες.

Η λοίμωξη εντοπίζεται στο γαστρεντερικό σωλήνα. Οι σιγκέλλες εισχωρούν (μπαίνουν) στον κεντρικό βλεννογόνο (κυρίως στο τελικό τμήμα του ειλεού και ολόκληρο το παχύ έντερο), προκαλούν νέκρωση των κυττάρων του και σχηματίζονται έλκη (πληγές), χωρίς να παρατηρείται μικροβιαμία.

Η αρρώστεια εκδηλώνεται με πυρετό, κοιλιακούς πόνους και διαρροϊκές κενώσεις, με βλέννα και αίμα.

Η διάγνωση της αρρώστειας θα γίνει από την κλινική εικόνα και την εντόπιση σιγκελών στα κόπρανα (κοπρανοκαλλιέργεια).

Η θεραπεία γίνεται με αμπικιλίνη για έξι μέρες.

Η προφύλαξη ή πρόληψη της αρρώστειας επιτυγχάνεται με εμβόλιο που δημιουργεί ανοσία για έξι μήνες. Το εμβόλιο αυτό προστατεύει το άτομο από την κλινική εκδήλωση της νόσου, αλλά δεν μεταβάλλει τη μικροβιοφορία.

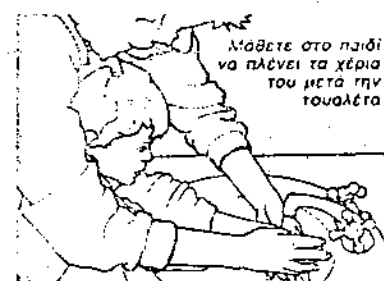
Νοσηλευτική φροντίδα:

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με βακτηριακή δυσεντερία είναι:

1. Ανακούφιση του αρρώστου από της νόσου

- 1.1 Εφαρμογή με απόλυτη ακρίβεια στο χρόνο και τη δόση της θεραπευτικής και ανακουφιστικής φαρμακευτικής αγωγής του αρρώστου.
- 1.2 Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία αφυδατώσεως (στεγνοί βλεννογόνοι και δέρμα ξηρό, μείωση του ποσού των ούρων, πτώση της αρτηριακής πίεσεως του αίματος) και διαταραχής ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- 1.3 Ενυδάτωση αρρώστου και χορήγηση ανάλογων ηλεκτρολυτών.
- 1.4 Καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών και αξιολόγηση του ισοζυγίου.

- 1.5 Παρακολούθηση των κενώσεων (αριθμος, σύνθεση - παρουσία βλέννης ή αίματος - αν είναι σχηματισμένη).
- 1.6 Εφαρμογή νοσηλευτικών δραστηριοτήτων για την μείωση και ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό.



- 1.7 Η διαίτα του αρρώστου ρυθμίζεται από την σοβαρότητα της καταστάσεως.
- 1.8 Οι πόνοι στην κοιλιά μπορεί να περιοριστούν με τοποθέτηση θερμοφόρας.
- 1.9 Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη κατακλίσεων (σε οξεία περιστατικά).

2. Πρόληψη της διασποράς του λοιμογόνου παράγοντα

- 2.1 Λαμβάνονται οι προφυλάξεις που αναφέρονται όταν το νόσημα μεταδίδεται από τον εντερικό σωλήνα καθώς και προφυλακτικά μέτρα για το χειρισμό εκκρίσεων όπως κόπρανα.
- 2.2 Ο άρρωστος και το άμεσό του περιβάλλον ενημερώνονται για τη σημασία που έχει η διατήρηση υγιεινών συνθηκών διαβίωσης (υγιεινή περιβάλλοντος). Η ασφαλής (υγιεινή) ύδρευση, η διατήρηση των τροφίμων σε χαμηλή θερμοκρασία (ψυγείο), η διατήρηση των χεριών καθαρών και πιο πολύ πριν από το φαγητό, μετά την χρησιμοποίηση της τουαλέτας και κάθε φορά που πιάνει τρόφιμα ή σκεύη που θα τοποθετηθούν τρόφιμα, η προστασία από τις μύγες κ.ά. Ακόμη και μετά την υποχώρηση όλων των συμπτωμάτων της αρρώστειας πρέπει να κάνει εξέταση κοπράνων για να δει ότι δεν είναι φορέας του λοιμογόνου παράγοντα. Αν είναι φορέας ενημερώνεται για τον τρόπο προστασίας του περιβάλλοντός του από μόλυνση.
- 2.3 Ελέγχεται το σύστημα υδρεύσεως για τυχόν εστία μόλυνσεως του πόσιμου νερού.
- 2.4 Αναζητείται η εστία μόλυνσεως.

1.9) Πνευμονία - Βρογχοπνευμονία

Όταν η λοίμωξη στους πνεύμονες εντοπίζεται κυρίως στις κυψελίδες και στους βρόγχους ομιλούμε για βρογχοπνευμονία και πνευμονία. Ειδικότερα, στην βρογχοπνευμονία οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις είναι μικρές και διάσπαρτες εστίες στον έναν ή και στους δύο πνεύμονες, τούτο δε συμβαίνει συνήθως στα νεογνά, βρέφη και νήπια. Στα μεγαλύτερα παιδιά η φλεγμονώδη εστία είναι μεγάλη και καταλαμβάνει συνήθως ένα λοβό (λοβώδης πνευμονία). Οφείλονται συνήθως σε μικρόβια (πνευμονιόκοκκο, σταφυλόκοκκο, αιμόφιλο της γρίπης, κλεμπσιέλλα, ψευδομονάδα) και σπανιότερα σε ιούς και το μυκόπλασμα της πνευμονίας.

Η βρογχοπνευμονία και πνευμονία εκδηλώνονται με βήχα, πυρετό και μικρού έως μετρίου βαθμού αναπνευστική δυσχέρεια. Το παιδί δείχνει ότι πάσχει καμιά φορά δε παρουσιάζει και σπασμούς.

Με την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνονται χαρακτηριστικά ευρήματα από την επισκόπηση (ελάτγωση της κινητικότητας του πάσχοντος ημιθωρακίου), την επίκρουση (αμβλήτης), την ψηλάφηση (αύξηση των φωνητικών δονήσεων) και την ακρόαση (υγροί ρόγχοι).

Η ακτινογραφία θώρακα επίσης δείχνει χαρακτηριστικά ευρήματα διασπάρτων διηθήσεων (βρογχοπνευμονία) ή πύκνωση ενός συνήθως λοβού.

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά παρουσιάζει η σταφυλοκοκκική πνευμονία, που συνοδεύεται από πολύ βαρεία γενική κατάσταση, γογγυσμό, μετεωρισμό της κοιλιάς, μεγάλη ταχύπνοια, δύσπνοια και τοξικό προσώπειο. Χαρακτηριστική επίσης είναι η ακτινογραφία θώρακα που αποκαλύπτει περισσότερες της μιας συνήθως εστίες πύκνωσης, αργότερα δε πνευματοκήλες ή και πυοθώρακα (συλλογή πυώδους υγρού στη υπεζωκοτική κοιλότητα).

Η πρωτοπαθής άτυπος πνευμονία οφείλεται στο μυκόπλασμα ή σε ιούς και χαρακτηρίζεται από θορυβώδη συμπτώματα (ρίγος, κακουχία, πυρετό, βήχα ερεθιστικό) και πτωχά αντικειμενικά και ακτινολογικά ευρήματα, τουλάχιστον στις πρώτες ημέρες.

Ιδιαίτερο τύπο πνευμονίας αποτελεί η πνευμονία από εισρόφηση ελαιώδους ουσίας, τάλκου και πετρελαίου ή βενζίνης.

Η εισρόφηση ελαιώδους ουσίας παρατηρείται σε εξασθενημένα συνήθως νεογνά ή βρέφη, όταν ελαιώδη διαλύματα χρησιμοποιούνται για ενστάλλαξη στη μύτη, ή όταν - κακώς - χρησιμοποιούνται "για να κα-

θαρίσει το έντερό του". Η εισρόφηση τάλκου γίνεται κατά την χρησιμοποίηση του, που πρέπει εδώ να τονισθεί ότι δεν έχει καμιά χρησιμότητα, του δε πετρελαίου ή βενζίνης γίνεται σε περίπτωση δηλητηριάσεως με τις ουσίες αυτές, που αρκετά συχνά παρατηρούνται στην χώρα μας.

Η θεραπεία: της βρογχοπνευμονίας και πνευμονίας περιλαμβάνει κυρίως την χορήγηση αντιβιοτικών. Ειδικότερα στην πνευμονία από πνευμονιόκοκκο δίδεται πενικιλίνη τουλάχιστον επί 10 ημέρες.

Στην σταφυλοκοκκική πνευμονία δίδονται αντι-σταφυλοκοκκικά φάρμακα (μεθικιλίνη, κλοξακιλλίνη ή οξακιλλίνη, φουκιδίνη κ.ά.), επί 3-6 εβδομάδες, ανάλογα με την κλινική πορεία της νόσου. Εάν δημιουργηθεί εμπύημα ή πυοθώρακας, επιβάλλεται χειρουργική παρέμβαση.

Αν υπάρχει υπόνοια ότι το αίτιο της πνευμονίας είναι ο αιμόφιλος της γρίπης, δίδεται αμπικιλίνη, αν οφείλεται σε κλεμπατέλλα, δίδονται κεφαλοσπορίνες, αν τέλος οφείλεται σε ψευδομονάδα δίδεται καρμπενικιλίνη, γενταμικίνη ή πολυμυξίνη Β. Στις χημικές πνευμονίες, συνιστάται χορήγηση οξυγόνου και προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών.

Εκτός από την αιτιολογική θεραπεία γίνεται επίσης συμπτωματική αγωγή με την χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων, οξυγόνου και καρδιοτονωτικών φαρμάκων, αν παρουσιασθεί καρδιακή ανεπάρκεια.

Η πρόγνωση: εξαρτάται κυρίως από τον αιτιολογικό παράγοντα, την ηλικία του παιδιού και τον χρόνο έναρξης της θεραπείας.

Βαρύτερη πρόγνωση έχει η σταφυλοκοκκική πνευμονία ιδίως στα βρέφη. Αντίθετα, η πρόγνωση της πνευμονίας που οφείλεται σε άλλα μικρόβια είναι συνήθως καλή και η θνησιμότητα δεν υπερβαίνει το 1%.

Νοσηλευτική φροντίδα:

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες περιορίζονται στην:

Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου με :

- Την ανάπαυση του παιδιού στο κρεβάτι
- Την καταπολέμηση του πυρετού με σφουγγάρι βουτηγμένο σε χλιαρό νερό και περνώντας όλο του το σώμα
- Χορήγηση άφθονων υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης. Όταν το παι-

δί αισθάνεται πως πεινά, δίδονται ευκολοχώνευτες τροφές, όπως γιαούρτι, φρούτα και σούπες.

- Διατήρηση μέτρια θερμοκρασίας δωματίου. Το δωμάτιο να αερίζεται καλά. Η ατμόσφαιρα δεν πρέπει να είναι ζεστή και πνιγνή
- Ανασήκωση του παιδιού στο κρεβάτι για διευκόλυνση της αναπνοής.



1.ε) Παιδική φυματίωση

Πνευμονική φυματίωση

Η πνευμονική φυματίωση είναι λοιμώδης αρρώστεια που οφείλεται στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ή βάκιλλο του Koch, ο οποίος αν και μπορεί να προσβάλλει όλα τα όργανα πιο συχνά εντοπίζεται στους πνεύμονες.

Η φυματίωση παρατηρείται σ' όλο τον κόσμο, με μεγαλύτερη συχνότητα σε πληθυσμούς με χαμηλό βιοτικό επίπεδο, μεγάλης ηλικίας και που ζουν σε αστικές περιοχές.

Μετάδοση: Η αρρώστεια μεταδίδεται: (1) με σταγόνες μολυσμένων πτυέλων και μολυσμένης σκόνης που φθάνουν στις κυψελίδες, όπου δημιουργούνται περιοχές μόλυνσης, παραμένουν δε μολυσματικές για 8-10 ημέρες. (2) πολύ σπάνια από το πεπτικό σύστημα με άβραστο γάλα μολυσμένο με μυκοβακτηρίδιο βόειου τύπου, (3) με άμεσο ενοφθαλμισμό του δέρματος ή των βλεννογόνων (ο πιο σπάνιος τρόπος). Παρατηρείται σε άτομα που ασχολούνται με μολυσμένα εκκρίματα ή ιστούς, όπως μικροβιολόγοι, παρασκευαστές εργαστηρίων εφόσον υπάρχει διακοπή συνέχειας δέρματος ή βλεννογόνων.

Η πρώτη μόλυνση με το μυκοβακτηρίδιο της φυματιώσεως προκαλεί εξιδρωματική φλεγμονή στον πνεύμονα και ακολουθεί η προσβολή των σύστοιχων λεμφαδένων, καλείται δε πρωτοπαθές σύμπλεγμα και συνήθως είναι ασυμπτωματικό.

Κλινική εικόνα: Οι κλινικές εκδηλώσεις που σπάνια παρατηρούνται είναι κακουχία, αίσθημα κοπώσεως, απώλεια βάρους, μικρής διάρκειας πυρετική κίνηση και βήχας. Στη συνέχεια η εξιδρωματική φλεγμονή τυροειδοποιείται (τυροειδής νέκρωση των ιστών). Στους νεκρωμένους ιστούς εναποτίθεται ασβέστιο (αποτιτάνωση), η περιοχή κλείνεται μέσα σε ινώδη ιστό και η λοίμωξη θεραπεύεται αυτόματα. Είναι δυνατόν το πρωτοπαθές σύμπλεγμα να ακολουθήσει αιματογενής διασπορά και εγκατάσταση του λοιμογόνου παράγοντα σε άλλα σημεία του πνεύμονα, στις μήνιγγες, τα νεφρά, τα οστά κ.ά. ή και με τους βρόγχους το μικρόβιο να διασπαρεί στους πνεύμονες (βρογχογενής διασπορά).

Στην περίπτωση της θεραπείας του πρωτοπαθούς συμπλέγματος το άτομο έχει θετική φυματινοαντίδραση Mantoux. Φαίνεται ότι ορισμένα κύτταρα του μικροβίου επιζούν μέσα στην αρχική βλάβη χωρίς να προκαλούν αρρώστεια. Μετά από χρόνια το άτομο αυτό μπορεί να παρουσιάσει φυματίωση. Το 75% περίπου της νόσου στους ενήλικους οφείλεται σε ενεργοποίηση της αρχικής βλάβης (ενδογενής αναμόλυνση) και μικρό ποσοστό σε εξωγενή μόλυνση (Δημητρακόπουλος 1982). Η βρογχογενής μορφή χαρακτηρίζεται από τυρώδεις και εξιδρωματικές εστίες, που έχουν τάση σπηλαιοποιήσεως (δημιουργία κοιλότητας) (εικ. 1):

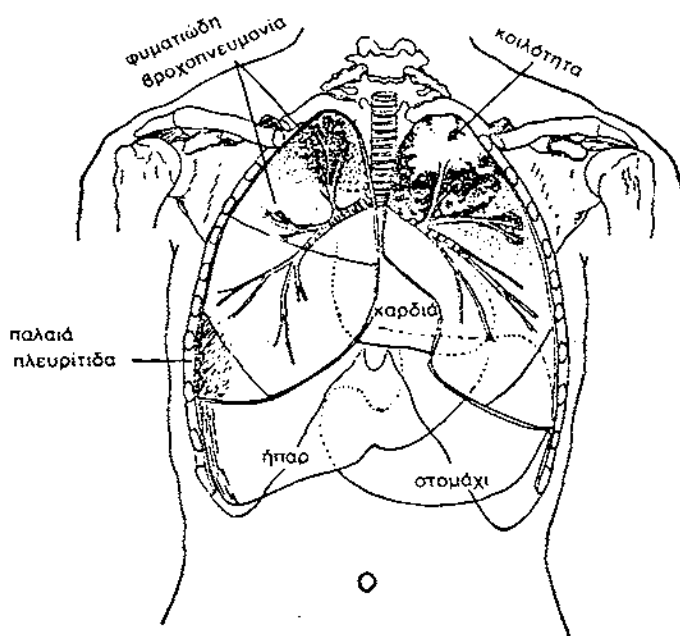
Τα συμπτώματα της μεταπρωτομολύνσεως είναι κακουχία, απώλεια βάρους, πυρετός 37°-39°C, ανορεξία, βήχας ξηρός ή με πυώδη πτύελα και αιμόπτυση. Δυνατόν όμως η μεταπρωτομόλυνση να είναι και ασυμπτωματική.

Καταστάσεις που βοηθούν στην ανάπτυξη της φυματιώσεως είναι:

1. Συνεχής έκθεση του ατόμου στο λοιμογόνο παράγοντα.
2. Γενική φυσική καταβολή, εξασθένηση του οργανισμού.
3. Μειωμένη αντίσταση, άμυνα του οργανισμού που οφείλεται σε διάφορα νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης, λευχαιμία, κακοήθειες όγκοι κ.ά., σε χρήση φαρμάκων, όπως κορτικοειδή και ανοσοκατασταλτικά, στον αλκοολισμό, στην εγκυμοσύνη, στην ηλικία (πολύ μικρά και πολύ μεγάλα άτομα).

4. Κακή διατροφή και κάπνισμα.

Η προφύλαξη από τη νοσο επιτυγχάνεται με την ανοσία, που αποκτάται μετά την πρωτομόλυνση και για τα άτομα που δεν πέρασαν το πρωτοπαθές στάδιο της φυματίωσης (πρωτομόλυνση) μετά την τεχνητή λοίμωξη με ατοξικά μικρόβια (το εμβόλιο BCG). Το εμβόλιο BCG δεν προφυλάσσει απαραίτητα από την αρρώστεια αλλά οπωσδήποτε ελαττώνει την συχνότητά της, αλλά και τη συχνότητα των επιπλοκών που η νόσος προκαλεί και πιο πολύ τη φυματιώδη μηνιγγίτιδα.



Εικ. 1. Οι κορυφές των δύο πνευμόνων παρουσιάζουν φλεγμονώδεις επεξεργασίες φυματιώδους αιτιολογίας

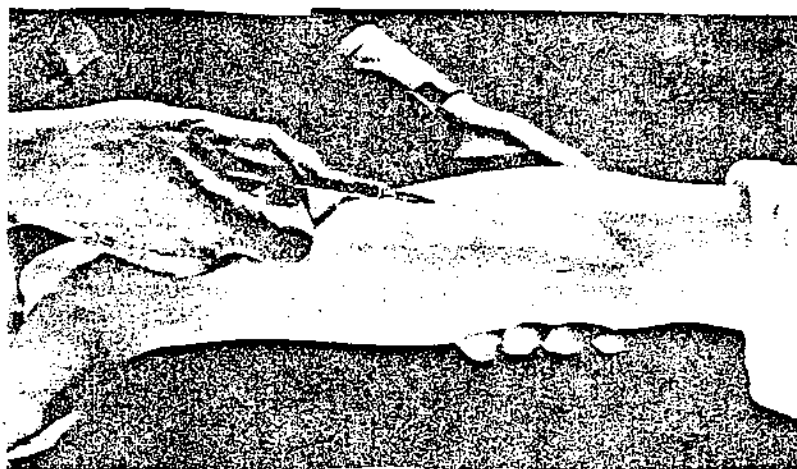
Το εμβόλιο BCG (Bacillus Calmette Guerin) περιέχει εξασθενημένο στέλεχος του μυκοβακτηριδίου βόειου τύπου.

Διάγνωση: Για την διάγνωση της αρρώστειας γίνεται εργαστηριακός έλεγχος.

1. Ο λοιμογόνος παράγοντας αναζητείται κυρίως στα πτύελα. Συγκεντρώνονται πρωϊνά πτύελα για άμεση μικροβιολογική εξέταση και καλλιέργεια για 3 διαδοχικές μέρες μέσα σε αποστειρωμένο δοχείο, που έχει μεγάλο άνοιγμα με κοχλιωτό (βιδωτό) σκέπασμα.

Τα πτύελα πρέπει να είναι βρογχική απόχρεψη μετά από βήχα, τραχειακή ή βρογχοσκοπική αναρρόφηση.

2. Η ακτινογραφία θώρακος έχει μεγάλη σημασία επειδή τα ακτινολογικά ευρήματα σε μια πνευμονική φυματίωση είναι συχνά σαφής
3. Φυματινοαντίδραση Mantoux. Γίνεται ενδοδερμική ένεση φυματίνης στο βραχίονα (εικ. 2), η οποία μετά 48-72 ώρες προκαλεί τοπική φλεγμονή με διήθηση, σκληρία, ερύθημα και μερικές φορές



Εικ. 2. Ένεση φυματίνης (φυματινοαντίδραση Mantoux). Η φυματινοαντίδραση Mantoux γίνεται υποδόρια με ειδική σύριγγα και βελόνα.

ρές φυσαλιδοποίηση (εικ. 3). Διήθηση με διάμετρο μεγαλύτερη από 10 χιλιοστά είναι θετική, σε αραιώση 1:1000 δείχνει λοίμωξη στο παρελθόν με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Πολύ έντονη αντίδραση δείχνει πρόσφατη λοίμωξη. Παρατηρούνται ψευδώς θετικές αντιδράσεις όταν τα άτομα έχουν μολυνθεί και ευαισθητοποιηθεί με άλλα μυκοβακτηρίδια.

Θεραπεία: Για την θεραπεία η νοσοκομειακή νοσηλεία του αρρώστου, η τέλεια ανάπαυση στο κρεβάτι και ο υπερστιτισμός δεν χρειάζονται, παρά μόνο σε προχωρημένες περιπτώσεις, σε αρρώστους που δεν συνεργάζονται, όταν θεραπεύονται στο σπίτι, σε αρρώστους που πάσχουν από συστηματικές εκδηλώσεις της παθήσεως, και στις περιπτώσεις που αναφέρεται πιο κάτω "η νοσηλεία του αρρώστου με πνευμονική φυματίωση στο σπίτι".

Η χημειοθεραπεία έχει ελαττώσει πάρα πολύ τη θνησιμότητα της αρρώστειας.

Παράλληλα όμως με την χημειοθεραπεία χρειάζεται ξεκούραση μέχρι που ο άρρωστος να παρουσιάσει βελτίωση και το φαγητό πρέπει να περιέχει επαρκή ποσότητα λευκώματος (1 g κατά κιλό βάρους σώματος, σε άτομα που έχουν αναπτυχθεί) ανώτερης βιολογικής αξίας, βιταμίνες και άλατα.

Η σωστή χημειοθεραπεία των ενηλίκων από το 1972 γίνεται με το σχήμα ισονιαζίδη 300 mg την ημέρα, ριφαμπικίνη 600 mg την ημέρα (450 mg για αρρώστους κάτω των 50 kg), εθαμβουτόλη 15 mg/kg την ημέρα. Η διάρκεια της θεραπείας ρυθμίζεται από τον γιατρό, σε καμιά όμως περίπτωση δεν είναι μικρή (λιγότερη από 8 μήνες). Ε-



Εικ. 3. Θετική φυματινοαντίδραση Mantoux.

πειδή το σχήμα που αναφέρθηκε είναι δαπανηρό χρησιμοποιούνται σε ευρύτερη κλίμακα άλλοι συνδυασμοί φαρμάκων, με θεραπευτική αποτελεσματικότητα 90% και με διάρκεια χορηγήσεως 18-24 μήνες. Ένα τέτοιο σχήμα είναι στρεπτομυκίνη 0,75-1 g τη μέρα, ισονιαζίδη 300 mg τη μέρα και παρααμινοσαλικυλικό οξύ (PAS) 12 g την ημέρα (Read 1984).

Περισσότερα για τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της λοιμώξεως από το μυκοβακτηρίδιο της φυματώσεως. Επίσης υπάρχουν και άλλα "δευτερεύοντα φάρμακα" για τα οποία όμως δεν κάνουμε λόγο.

Η νοσηλεύτρια όταν χορηγεί αντιφυματικά φάρμακα, έχει υπόψη της τα πιο κάτω:

1. Στην αντιφυματική φαρμακευτική θεραπεία ο άρρωστος παίρνει όχι μόνο ένα φάρμακο αλλά συνδυασμό, επειδή υπάρχει κίνδυνος

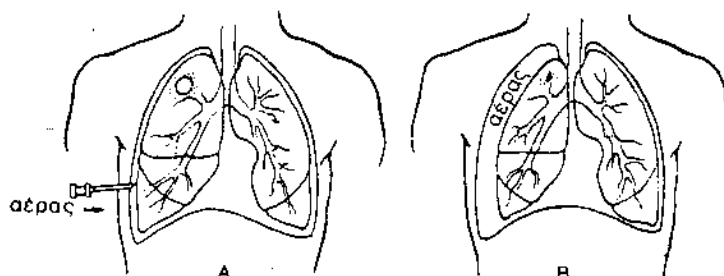
- ο λοιμογόνος παράγοντας να είναι ανθεκτικός στο ένα φάρμακο.
2. Δεν χορηγούνται ταυτόχρονα δύο αντιφυματικά φάρμακα, που είναι πολύ τοξικά στα αυτιά.
 3. Ο άρρωστος παρακολουθείται για συμπτώματα νεφροτοξικότητας; ωτοτοξικότητας και ηπατοτοξικότητας που προκαλούν τα περισσότερα αντιφυματικά φάρμακα.
 4. Ο άρρωστος προστατεύεται από πτώσεις και τραυματισμό κατά τη μετακίνησή του στο χώρο που νοσηλεύεται (το σπίτι), με ανάλογα προστατευτικά μέτρα.
 5. Εξηγείται στον άρρωστο η σημασία που έχει να παίρνει τα φάρμακα με πολύ μεγάλη ακρίβεια στην ώρα, τη δόση και την οδό, όπως καθορίστηκε από το γιατρό.
 6. Όταν δίδονται στον άρρωστο αντιφυματικά φάρμακα η νοσηλεύτρια έχει υπόψη της και τα πιο κάτω που αναφέρονται στη χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (τα αντιφυματικά στην πράξη πολύ σπάνια προκαλούν αναφυλακτικές αντιδράσεις), δηλαδή,
 - 6.1 Ρωτάει τον άρρωστο αν στο παρελθόν χρησιμοποίησε αντιφλεγμονώδη φάρμακα και παρουσίασε εξάνθημα, κνίδωση, δυσκολία στην αναπνοή. Τα συμπτώματα αυτά είναι ενδεικτικά πως ο άρρωστος είναι αλλεργικός ή πολύ ευαίσθητος.
 - 6.2 Ενημερώνει το γιατρό όταν ο άρρωστος έχει αλλεργικό ιστορικό, το σημειώνει στο νοσηλευτικό ιστορικό και στο φάκελλο του αρρώστου.
 - 6.3 Συγκεντρώνει πληροφορίες αν ο άρρωστος έκανε θεραπεία απευαισθητοποιήσεως (να μην είναι ευαίσθητος) σε ουσίες, στις οποίες είναι αλλεργικός.
 - 6.4 Μιεώνει (αφού πρώτα ενημερώσει το γιατρό) τη δόση του φαρμάκου όταν το φάρμακο απεκκρίνεται (αποβάλλεται) από τους νεφρούς και ο άρρωστος που το παίρνει έχει προβλήματα νεφρικής λειτουργίας. Νεφροτοξικά φάρμακα δεν πρέπει να παίρνουν οι άρρωστοι με προβλήματα λειτουργίας των νεφρών επειδή επιβραδύνεται η απέκκριση του φαρμάκου, αυξάνει η πυκνότητα του στο αίμα και τελικά η τοξική του δράση. Υπάρχουν άτομα χωρίς νεφρική βλάβη που ακετυλιώνουν πολύ αργά την ισονιαζίδα (Μεσογειακές

κυρίως χώρες). Σ' αυτούς χρειάζεται μέτρηση επιπέδων αίματος και μείωση κατά πολύ της ημερήσιας δόσεως.

- 6.5 Παρακολουθεί τον άρρωστο για θεραπευτική ανταπόκριση στα αντιφλεγμονώδη φάρμακα όπως πτώση του πυρετού, καλύτερη όρεξη για φαγητό, και καλύτερη διάθεση.
- 6.6 Η οδηγία του γιατρού για τη χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου σε άρρωστο που νοσηλεύεται σε νοσοκομείο πρέπει να ξαναεξετάζεται κάθε 5 ημέρες μήπως πρέπει να το αλλάξει ή και να το διακόψει.
- 6.7 Προγραμματίζεται η χορήγηση του αντιφλεγμονώδους φαρμάκου στο διάστημα του 24ώρου για να διατηρείται το φάρμακο στο αίμα σε κατάλληλο επίπεδο. Το πρόγραμμα χορηγήσεως του φαρμάκου ρυθμίζεται από το χρόνο που το αποβάλλει ο οργανισμός, την σοβαρότητα της νόσου και την ανάγκη του αρρώστου για ύπνο. Η σύγχρονη τάση είναι όλα τα αντιφυματικά που δίνονται από το στόμα να χορηγούνται το πρωί, με άδειο στομάχι, για ταχύτερη και μεγαλύτερη απορρόφηση (ποτέ δεν προκαλούν ερεθισμό στομάχου, εκτός του PAS που σχεδόν δεν χρησιμοποιείται).
- 6.8 Ολοκληρώνει την χορήγηση του φαρμάκου πριν το φάρμακο χάσει την ισχύ του. Εξασφαλίζει την ισχύ (αποτελεσματικότητα) του φαρμάκου με την ακριβή τήρηση των οδηγιών σχετικά με την διάλυσή του, τη χορήγησή του, την ώρα που ορίστηκε, την προστασία του από το φως, αν χρειάζεται κλπ. Τα φάρμακα που χορηγούνται ενδοφλέβια αραιώνονται σε 50-100 ml υγρού για να μην ερεθίσουν την φλέβα. Το μέτρο αυτό δεν εφαρμόζεται σε περίπτωση που αντεδεικνύεται η μεγάλη αραιώσή του.
- 6.9 Ενημερώνει και εκπαιδεύει τον άρρωστο και την οικογένειά του,
- Να χρησιμοποιούν αντιφλεγμονώδη φάρμακα μόνο με εντολή του γιατρού,
 - Να χορηγούνται με τον τρόπο και την ώρα που πρέπει,
 - Να αναφέρει σημεία και συμπτώματα αλλεργικής αντιδράσεως,
 - Να ολοκληρώνει την θεραπεία που ορίστηκε, και
 - Να πετάει το φάρμακο που περίσσεψε μετά την ολο-

κλήρωση της θεραπείας.

Η χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση του αρρώστου με πνευμονική φυματίωση και ο πνευμοθώρακας, αν και πολύ σπάνια, εφαρμόζονται στις περιπτώσεις που ο άρρωστος δεν ανταποκρίνεται στη χημειοθεραπεία και έχει επανειλημμένες αιμοπτύσεις (εικ. 4).



Εικ. 4. Εφαρμογή θεραπευτικού πνευμοθώρακα.
Α. Με βελόνη εισάγεται αέρας στην υπεζωκοτική κοιλότητα.
Β. Έχει γίνει ο πνευμοθώρακας.

Η πρόγνωση της αρρώστιας σήμερα είναι πολύ καλή, ο θάνατος είναι σπάνιος και σχεδόν πάντα οφείλεται σε αμέλεια. Μπορεί να αφήσει η αρρώστεια επιβάρυνση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Για όλους τους αρρώστους, χωρίς την εξαίρεση αυτών που πάσχουν από φυματίωση των πνευμόνων, το σπίτι τους είναι ο καλύτερος για αυτούς χώρος νοσηλείας, εφόσον αυτό δεν εμποδίζει το θεραπευτικό και το ανακουφιστικό πρόγραμμα αγωγής τους.

Βασικά κριτήρια για την εισαγωγή ή όχι του αρρώστου με φυματίωση πνευμόνων σε νοσοκομείο είναι:

1. Η σοβαρότητα της αρρώστιας
2. Η πιθανότητα μόλυνσεως του περιβάλλοντος
3. Το είδος τη ρεαπειρίας που πρέπει να εφαρμοσθεί.

Άρρωστοι, που στα πτύελά τους βρέθηκε και συνεχίζει να υπάρχει το μυκοβακτηρίδιο της φυματώσεως, έχουν υψηλό πυρετό και κάνουν αιμοπτύσεις, η νοσηλεία τους στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη.

Συχνά η είσοδος στο νοσοκομείο, κατά την αρχή της αρρώστιας, δίνει μια καλή ευκαιρία στον άρρωστο να ενημερωθεί για την αρρώστια του, να προσαρμοσθεί στο θεραπευτικό σχήμα και να τον παρακολουθήσουν για τυχόν ανεπιθύμητες ενεργείες των φαρμάκων, όταν

η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περιθάλψεως υγείας του τόπου δεν είναι πολύ καλά αναπτυγμένη και οργανωμένη.

Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες, που θα συντελέσουν στην εκλογή του τόπου νοσηλείας του αρρώστου, όπως:

1. Η διάθεση της οικογένειας να νοσηλεύσει το μέλος της στο σπίτι. Μερικοί άνθρωποι έχουν υπερβολικό φόβο μόλυνσεως. Αν η οικογένεια δεν ξεπεράσει το φόβο αυτό, παρά την βοήθεια που θα της προσφέρουν τα μέλη της ομάδας υγείας, ο άρρωστος πρέπει να νοσηλευθεί στο νοσοκομείο, επειδή υπάρχει κίνδυνος να μην τον φροντίσουν καλά και να αισθανθεί τον εαυτό του ανεπιθύμητο ανάμεσά τους.
2. Η σύνθεση της οικογένειας. Όταν στην οικογένεια υπάρχουν μικρά παιδιά και πολύ ηλικιωμένοι (πληθυσμός ευαίσθητος στην φυματίωση) ενισχύεται ο άρρωστος να νοσηλευθεί στο νοσοκομείο.
3. Οι συνθήκες του σπιτιού. Αν έχει μοναχικό δωμάτιο, που να έχει ήλιο και φως.
4. Η θέση και ο ρόλος του αρρώστου στην οικογένεια. Όταν η άρρωστη είναι μητέρα μεγάλης οικογένειας και πιο πολύ μικρών παιδιών είναι δύσκολο να μην κουραστεί και θα επιβραδύνει την πορεία της αναρρώσεώς της. Ψυχολογικά προβλήματα και κυρίως αίσθημα ενοχής δημιουργείται στον πατέρα ή τη μητέρα άρρωστη, που λόγω της αρρώστιας του/της, αλλά πιο αδύνατα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν τις ευθύνες αυτής/αυτού.

Για να χαρακτηριστεί το σπίτι κατάλληλο (από κτιριακή πλευρά, σύνθεση οικογένειας, τρόπο αντιμετώπισεως της αρρώστιας από τα άλλα μέλη της οικογένειας) για τη νοσηλεία του αρρώστου, θα πρέπει, παράλληλα με τις πληροφορίες, που συγκεντρώθηκαν από τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειάς του, να γίνει και επίσκεψη στο σπίτι από τη νοσηλεύτρια ή άλλο μέλος της ομάδας υγείας. Ακόμη η νοσηλεύτρια βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να υποβαστάξουν ψυχολογικά τον άρρωστο και τους ενημερώνει για τον τρόπο νοσηλείας του στο σπίτι.

Νοσηλευτική φροντίδα:

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με φυματίωση των πνευμόνων είναι:

1. Προφύλαξη του περιβάλλοντος από την αρρώστια.

2. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αρρώστιας.
3. Ακριβής εφαρμογή της χημειοθεραπείας, παρακολούθηση του αρρώστου για ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και προσφορά σ' αυτόν ανάλογης νοσηλευτικής βοήθειας κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας.
4. Επαρκής διατροφή και ανάπαυση κυρίως όταν είναι μικρό παιδί.
5. Έγκαιρη ανίχνευση νέων κρουσμάτων της πνευμονικής φυματίωσης, πρόληψη της νόσου και εφαρμογή προληπτικής θεραπείας σε άτομα με υψηλό κίνδυνο να αρρωστήσουν.
6. Ενημέρωση του αρρώστου και της οικογένειάς του για τη νόσο.

1. Η προφύλαξη του αρρώστου και της οικογένειάς του από την αρρώστια

Ο κίνδυνος μόλυνσεως του αμέσου περιβάλλοντος του αρρώστου (υγειονομικό προσωπικό, όταν νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και μέλη της οικογένειάς του) και της κοινωνίας γενικά από τους φορείς του λοιμογόνου παράγοντα είναι πραγματικότητες. Γι' αυτό έχουν υιοθετηθεί τρόποι για την προφύλαξη της διασποράς της αρρώστιας όπως:

- 1.1 Η τήρηση μέτρων απομονώσεως, για την πνευμονική φυματίωση με θετικά πτύελα, και προφυλακτικά μέτρα για το χειρισμό των εκκριμάτων από το στόμα και εκκρίσεις όπως κόπρανα και ούρα που αναφέρονται στο "γενικό μέρος", και
- 1.2 - Ο κάθε ένας που έρχεται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο να τηρεί με σχολαστικότητα κάθε απαραίτητο μέτρο ασηψίας, αντισηψίας, απολυμάνσεως, αποστειρώσεως και σωστή τεχνική κατά την εφαρμογή διαφόρων νοσηλειών πχ. θερμομέτρηση, διάθεση εκκριμάτων αρρώστου, έστω και αν τα πτύελα του αρρώστου είναι αρνητικά.
- 1.3 Η χρησιμοποίηση φυσικών, μηχανικών και χημικών μέσων για την καταπολέμηση του λοιμογόνου παράγοντα. Φυσικά μέσα, είναι το διάχυτο φως, οι ηλιακές ακτίνες και η θερμότητα (ξηρή, υγρή). Το διάχυτο φως και οι ηλιακές ακτίνες επηρεάζουν την ζωτικότητα του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης, αλλά η επίδραση είναι ανάλογη με την πυκνότητα του υλικού στο οποίο υπάρχουν' πχ. το μυκοβακτηρίδιο,

σε πυκνά πτύελα διατηρεί τη ζωτικότητά του εννέα και πλέον μήνες ενώ σε αραιά πτύελα καταστρέφεται σε τρεις περίπου μήνες, κάτω από τις ίδιες συνθήκες διάχυτου φωτός. Οι ηλιακές ακτίνες καταστρέφουν σε πέντε ώρες το μυκοβακτηριδίο της φυματιώσεως, όταν βρίσκεται σε λεπτή στοιβάδα πτυέλων, ενώ χρειάζονται περισσότερες από είκοσι τέσσερις ώρες όταν η στοιβάδα των πτυέλων είναι παχιά. Κάτω από την επίδραση θερμοκρασίας 70°C το μυκοβακτηριδίο καταστρέφεται σε πέντε λεπτά της ώρας, όταν η θερμοκρασία είναι 80°C σε τρία λεπτά και σε ένα λεπτό όταν η θερμοκρασία είναι 85°C .

Τα μηχανικά μέσα, δηλαδή το άφθονο νερό με το σαπούνι για το πλύσιμο τοίχων, δαπέδου κ.ά., απομακρύνουν το μυκοβακτηριδίο σε μεγάλο ποσοστό και δίνουν τη δυνατότητα της πιο άμεσης δράσεως των φυσικών μέσων, που αναφέρθηκαν και των χημικών, που θα ακολουθήσουν.

Τα χημικά μέσα, πολύ αποτελεσματικά στην καταστροφή του μυκοβακτηριδίου της φυματιώσεως, για να δράσουν πρέπει να μην πήζουν το υλικό στο οποίο βρίσκεται ο λοιμογόνος παράγοντας, επειδή παρεμποδίζεται η διείσδυση του χημικού μέσου, ώστε να τον διαλύει.

1.4 Η ενημέρωση των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τον φυματικό άρρωστο, πως να προστατεύονται από το λοιμογόνο παράγοντα. Τα σταγονίδια κατά το βήχα εκτοξεύονται σε ευθεία κατεύθυνση, σε απόσταση ενός περίπου μέτρου, κατά το πάρνισμα, δύο περίπου μέτρων, ενώ κατά την ομιλία η απόσταση διαφέρει από άτομο σε άτομο. Το περιβάλλον του αρρώστου όταν επικοινωνεί μαζί του να παίρνει πλάγια θέση ώστε το πρόσωπό του να μην είναι απέναντι στο πρόσωπο του αρρώστου και να βρίσκεται, κατά το δυνατόν, σε μεγαλύτερη απόσταση απ' αυτόν. Εφαρμόζεται η τρέχουσα απολύμανση στο δωμάτιο του αρρώστου και χρησιμοποιούνται τα φυσικά και μηχανικά μέσα που καταστρέφουν το λοιμογόνο παράγοντα.

1.5 Η ενημέρωση του αρρώστου (α) να σκεπάζει τη μύτη και το στόμα του με χαρτομάνδηλο, όταν μιλάει έντονα, βήχει ή πταρνίζεται και να χειρίζεται το υλικό όπως αναφέρεται στο "γενικό μέρος", (β) να φτύνει σε σκεπασμένο πτυελο-

δοχείο στο οποίο να υπάρχει αντισηπτικό ή σε χαρτομάνδηλο το οποίο να χειριστεί όπως αναφέρεται στην πιο πάνω παραπομπή.

- 1.6 Το δωμάτιο του αρρώστου να έχει τα απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών του έπιπλα, ώστε να μπορεί να γίνεται αποτελεσματικότερα η απολύμανση.
- 1.7 Να γίνεται συνεχής αερισμός τουωματίου για τη μείωση της πυκνότητας της μικροβιοφόρου σκόνης και των σταγονιδίων.
- 1.8 Οι άρρωστοι με θετικά πτύελα να νοσηλεύονται σε χωριστό δωμάτιο απ' αυτούς με αρνητικά. τα πιο πάνω μέτρα να γίνουν με διακριτικότητα, ώστε ο άρρωστος να μην δοκιμάζει το συναίσθημα ότι είναι ανεπιθύμητος από το περιβάλλον και να μην δημιουργούν απόσταση μεταξύ του αρρώστου και αυτών με τους οποίους έρχεται σε επικοινωνία και επαφή.
- 1.9 Να λαμβάνονται γενικότερα μέτρα προφυλάξεως όπως: (α) Παιδιά που είχαν ή έχουν επαφή με φυματικό και άτομα με έντονα θετική φυματινοαντίδραση να υποβάλλονται σε ετήσιο ιατρικό έλεγχο. (β) Κάθε ύποπτο σύμπτωμα όπως ανορεξία, επίμονος βήχας, πλευροδυνία (πόνος στα πλευρά), απώλεια βάρους (αδυνατίσμα), δεκατική πυρετική κίνηση, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το άτομο να υποβάλλεται σε ιατρικό έλεγχο. (γ) Ορισμένες ομάδες ανθρώπων, όπως νοσηλεύτριες και γιατροί, που έρχονται σε επαφή με φυματικούς, άτομα που ζουν σε οικοτροφεία, στρατώνες κλπ., πρέπει να υποβάλλονται κάθε έξι μήνες σε εξέταση από ιατρό. (δ) Όσοι έχουν αρνητική φυματινοαντίδραση να κάνουν το εμβόλιο BCG.

2. Η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου:

- 2.1 Ο πυρετός αποτελεί σύμπτωμα της εξελισσόμενης φυματώσεως των πνευμόνων. Η θερμοκρασία λαμβάνεται από το στόμα, εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις, για πιο ακριβή μέτρηση (οι εφιδρώσεις μειώνουν τη θερμοκρασία του δέρματος, στο στόμα γίνεται καλύτερη επαφή του θερμομέτρου με το βλεννογόνο που τον καλύπτει)· το θερμομέτρο μένει οπωσδήποτε 10 λεπτά για την ανίχνευση δεκατικής πυρετικής κί-

νήσεως και είναι ατομικό ή αποστειρωμένο για την πρόληψη της διασποράς του λοιμογόνου παράγοντα.

Η θερμοκρασία μπορεί να παρουσιάζει ανύψωση (δέκατα) τις απογευματινές ώρες. Ο δε πυρετός, όταν εμφανίζεται, μπορεί να έχει τον τύπο του διαλείποντος (δηλαδή κατά το διάστημα του 24ώρου παρατηρούνται περίοδοι πυρετού και απυρεξίας) του υφέσιμου (ο πυρετός έχει μεγάλες διακυμάνσεις αλλά δεν πέφτει τελείως) και συνεχής πυρετός (οι διακυμάνσεις δεν είναι μεγαλύτερες από ένα βαθμό). Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό είναι: (α) μείωση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος, (β) ενθάρρυνση στη λήψη υγρών, (γ) ενίσχυση της απώλειας θερμότητας από το σώμα με επαφή, εξάτμιση, (δ) χορήγηση εύπεπτης τροφής, (ε) χορήγηση αντιπυρετικών με οδηγία γιατρού. Η θερμοκρασία του αρρώστου μετριέται και καταγράφεται συστηματικά. Ο πυρετός οφείλεται στην τοξίνη του μυκοβακτηριδίου, που επηρεάζει το θερμορρυθμιστικό κέντρο.

Η δεκατηκή πυρετική κίνηση εκτιμάται σε σχέση με παράγοντες όπως η συνηθισμένη θερμοκρασία του περιβάλλοντος, η φάση του ωοθηκικού κύκλου (στις γυναίκες) και η φύση της ασκήσεως.

- 2.2 Νυκτερινή επίδρωση. Αυτή είναι συνηθισμένο σύμπτωμα της αρρώστιας. Λαμβάνονται μέτρα προλήψεως κρυολογήματος (αλλαγή υγρού νυκτικού, αποφυγή ρεύματος αέρα), κακοσμίας με λουτρό καθαριότητας ή τοπικές πλύσεις και αλλαγή νυκτικού.
- 2.3 Βήχας. Ο βήχας μπορεί να είναι παραγωγικός (με απόχρεμψη) και μη παραγωγικός, μειώνεται με εισπνοές υδρατμών (αποφεύγονται φάρμακα κατασταλτικά του βήχα επειδή αναστέλουν την αποβολή των εκκρίσεων από το βρογχικό δέντρο με τις γνωστές δυσάρεστες επιπτώσεις).
- 2.4 Απόχρεμψη. Παρουσιάζεται κατά την καταστροφή του πνευμονικού παρεγχύματος και την διοχέτευση στους βρόχους. Μεγάλη απόχρεμψη παρατηρείται στη σπηλαιώδη μορφή της φυματιώσεως. Η απόχρεμψη συνήθως είναι άοσμη, μερικές φορές όμως είναι κάκοσμη· αυτό παρατηρείται όταν το άτομο επιμολύνθηκε με άλλα μικρόβια και κόκκους.

Η απόχρεμψη μπορεί να είναι βλεννώδης (στην αρχή της αρρώστιας και προέρχεται από τους βρόγχους), βλεννοπυώδης (προέρχεται από τους βρόγχους και το πνευμονικό παρέγχυμα που προσβλήθηκε από τη νόσο και έχει ελαφρά κίτρινο χρώμα) πυώδης (προέρχεται από το σπήλαιο της σπηλαιώδους φυματιώσεως, έχει κίτρινο χρώμα) και αιματηρά (παρατηρείται κυρίως στην εξελισσόμενη μορφή φυματιώσεως).

Ο άρρωστος που έχει απόχρεμψη έχει στο κομοδίνο του πτυελοδοχείο (κατά προτίμηση μιας χρήσεως) με αντισηπτικό διάλυμα, ενημερώνεται πως να φτύνει και να κάνει πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε απόχρεμψη.

- 2.5 Αιμόπτυση. Είναι όταν αποβάλλεται αίμα ή πτύελα με αίμα από τους πνεύμονες, με βήχα. Η αιμόπτυση παρουσιάζεται σε μορφή (α) γραμμώσεως αίματος στα πτύελα, (β) πτυέλων με αίμα, και (γ) άφθονης και απότομης αποβολής αίματος, που είναι ανακατωμένο με φυσαλίδες αέρα. Ο ασθενής στην τελευταία περίπτωση και πριν από την αιμόπτυση αισθάνεται ελαφρό ερέθισμα στο λάρυγγα, μικρή αίσθηση θερμοκρασίας στο στήθος, γλυκιά γεύση στο στόμα και μετά από λίγο βήχα και βγάζει αίμα από το στόμα. Στην αρχή της φυματιώσεως η αιμόπτυση είναι ευεργετική, επειδή οδηγεί τον άρρωστο αμέσως στο γιατρό και τότε η θεραπεία είναι πιο εύκολη και πιο σύντομη. Οι κίνδυνοι από την αιμόπτυση είναι ο θάνατος από μεγάλη απώλεια αίματος ή από ασφυξία, και διασπορά του μολυσμένου αίματος, με τους βρόγχους, σε ολόκληρη το πνευμονικό παρέγχυμα.

Ο άρρωστος με αιμόπτυση αντιμετωπίζεται ως εξής:

- α) ακινητοποιείται στο κρεβάτι σε καθιστή θέση, και πάνω στο ημιθώρακιο, που έχει προσβληθεί από την αρρώστια,
- β) γίνεται κάθε 4 ώρες μορφίνη (με οδηγία γιατρού) για την ανακούφιση του από τη δύσπνοια και το άγχος (που δημιουργεί η παρουσία του αίματος),
- γ) του δίνεται εντολή να μη μιλάει για τον περιορισμό ερεθίσματος και την αποφυγή νέας αιμορραγίας,
- δ) σε κυάνωση ή δύσπνοια χορηγείται οξυγόνο,
- ε) όταν κινδυνεύει να παρουσιάσει σόκ φλεβοκεντείται και προετοιμάζεται αίμα για μετάγγιση (τα υγρά που παίρνει

ενδοφλέβια δίνονται με βραδύ ρυθμό, επειδή απτόμη αύξηση του όγκου του αίματος μπορεί να οδηγήσει σε νέα αιμορραγία),

- στ) δίνονται αιμοστατικά φάρμακα με οδηγία γιατρού, καθώς και ηρεμιστικά και κατασταλτικά του βήχα χωρίς όμως αυτά να συντελέσουν στη συγκέντρωση αίματος στο βρογχικό δέντρο,
- ζ) βοηθείται στην κάλυψη των φυσικών αναγκών του,
- η) σε ακατάσχετη αιμορραγία μπορεί να εφαρμοσθεί πνευμοθώρακας και να γίνει λοβεκτομή.

Η αιμόπτυση είναι γεγονός που θορυβεί τον άρρωστο, του προκαλεί αίσθημα φόβου και ανησυχίας, δηλαδή ανεπιθύμητες καταστάσεις που οδηγούν σε υπέρπνοια και ταχύπνοια, και δημιουργούν κίνδυνο επιδεινώσεως της αιμορραγίας. Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί νοσηλευτικά μέσα που θα συμβάλλουν στην δημιουργία αισθήματος ασφάλειας και, επομένως, θα ηρεμήσουν τον άρρωστο. Τέτοια μέτρα είναι η συνεχής παρουσία κοντά στον άρρωστο γιατρού ή νοσηλεύτριας, η ήρεμη, σταθερή και γρήγορη αντιμετώπιση και βοήθεια του αρρώστου, η έμπνευση αισθήματος αισιοδοξίας, η αυτοκυριαρχία στην επικοινωνία της με τον άρρωστο (να μην επιτρέψει να αντιληφθεί ο άρρωστος τους φόβους, τις ανησυχίες αλλά και τους κινδύνους που διατρέχει με υπονοούμενες εκφράσεις, με αλλαγή της συμπεριφοράς της κ.ά).

Μετά την διακοπή της αιμορραγίας γίνεται επιμελημένη καθαρσιότητα της στοματικής κοιλότητας για την απομάκρυνση υπολειμμάτων αίματος, την αποφυγή της κακοσμίας και της δυσάρεστης γεύσεως. Υγρά παγωμένα δίνονται στον άρρωστο όταν βεβαιωθούμε ότι η αιμορραγία προέρχεται από τους πνεύμονες.

Η νοσηλεύτρια στις νοσηλευτικές της παρατηρήσεις δεν παραλείπει να περιγράψει το αποβαλλόμενο αίμα, τον τρόπο αποβολής του και να προσδιορίσει την ποσότητα του αίματος που έχασε ο άρρωστος.

3. Η ακριβής εφαρμογή της χημειοθεραπείας, η παρακολούθηση του αρρώστου για ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και η προσφορά σ' αυτόν ανάλογης νοσηλευτικής βοήθειας κατά

την εφαρμογή της χημειοθεραπείας.

4. Επαρκής διατροφή, τέλεια ανάπαυση κυρίως όταν πρόκειται για μικρό παιδί.

Παράλληλα με την χημειοθεραπεία θέση στην θεραπευτική προσπάθεια έχει η σωματική ανάπαυση, η ψυχική ηρεμία του αρρώστου, η διαβίωσή του σε υγιεινό κλίμα με υγιεινές συνθήκες και η καλή διατροφή. Σήμερα η υγιεινοδιαιτητική αγωγή, με την εμφάνιση της τόσο αποτελεσματικής δράσεως των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων κατά του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης, έχει πάρει πολύ δευτερεύουσα σημασία, χωρίς όμως και να πρέπει να εγκαταλείπεται.

Η ανάγκη του αρρώστου για ανάπαυση στηρίζεται στο επιστημονικό δεδομένο ότι η δραστηριότητα των πνευμόνων μειώνεται όταν το άτομο αναπαύεται, με αποτέλεσμα να γίνεται πιο γρήγορα η επούλωση των αλλοιώσεων, που έχουν δημιουργηθεί στο πνευμονικό παρέγχυμα.

Η καλή διατροφή με λεύκιωμα για τα άτομα που έρχουν συμπληρώσει την ανάπτυξή τους, 1 g την ημέρα κατά κιλό βάρους σώματος, ενισχύει την άμυνα του οργανισμού και βοηθάει στην επουλωτική επεξεργασία των αλλοιώσεων του πνευμονικού παρεγχύματος. Η επιλογή τροφών που περιέχουν βιταμίνες και φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών C και B (κυρίως πυριδοξίνη, λόγω της μακρόχρονης χρήσεως της ισονιαζίδης), είναι σκόπιμη.

Ο υπερσιτισμός δεν βοηθάει, αλλά μάλλον βλάπτει τον οργανισμό, επειδή η αύξηση του σωματικού βάρους τον κουράζει.

Η ανάπαυση του άρρωστου παιδιού από φυματίωση επιτυγχάνεται με την εξασφάλιση παιχνιδιών που αρέσουν στο παιδί και μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο κρεβάτι ή στο δωμάτιο γενικά, με την δημιουργία ευκαιριών επαφής με τους φίλους του και την τηλεφωνική επικοινωνία με τον έξω κόσμο.

5. Έγκαιρη ανίχνευση νέων κρουσμάτων της πνευμονικής φυματίωσης, πρόληψη της νόσου και εφαρμογή προληπτικής θεραπείας σε άτομα με υψηλό κίνδυνο να αρρωστήσουν.

Το 90% των ατόμων που εμφανίζουν ενεργό φυματίωση είχαν έντονα θετική δερμαντίδραση Mantoux, δηλαδή ήταν υποδοχοί του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης.

Τα άτομα που έχουν μολυνθεί από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης και με υψηλό κίνδυνο να πάθουν φυματίωση υποβάλλονται σε προληπτική χημειοθεραπεία. Τέτοιες ομάδες ατόμων είναι (Brunner 1978):

- α) Άτομα που είχαν ή έχουν στενή επαφή με ανθρώπους που πρόσφατα αρρώστησαν από φυματίωση.
- β) Άτομα με θετική δερμοαντίδραση Mantoux, με ύποπτα ευρήματα ενεργού φυματίωσης στην ακτινογραφία του θώρακα, χωρίς όμως μικροβιολογικά ευρήματα.
- γ) Άτομα που πρόσφατα μολύνθηκαν με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης.
- δ) Άτομα με θετική δερμοαντίδραση Mantoux και (1) κάνουν μεγάλης διάρκειας θεραπεία με κορτικοειδή, (2) κάνουν θεραπεία που ελαττώνει την άμυνα του οργανισμού, (3) άρρωστοι από λευχαιμία, ή νόσο του Hodgkin κ.ά., (4) διαβητικά, (5) με πνευμονοκονίαση και (6) μετά γαστρεκτομή.

Τα άτομα που δεν έχουν μολυνθεί από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (αρνητική δερμοαντίδραση Mantoux) υποβάλλονται σε εμβολιασμό με BCG.

6. Η ενημέρωση περιλαμβάνει θέματα όπως:

- Ενημέρωση του αρρώστου και της οικογένειάς του για τη νόσο
- Μεταδοτικότητα της νόσου, μέτρα προστασίας του περιβάλλοντος.
- Θεραπεία της νόσου, ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.
- Διατροφή
- Πρόληψη της φυματίωσης
- Σπουδαιότητα της μακροχρόνιας χημειοθεραπείας και όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα
- Η ανάγκη περιοδικής παρακολούθησής του αρρώστου για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η πιο πάνω ενημέρωση θα βοηθήσει τον άρρωστο και την οικογένειά του να αποδεχθούν την αρρώστια και να αντιληφθούν πως σήμερα η φυματίωση των πνευμόνων έπαψε να αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα.

Με την ενημέρωση τόσο ο άρρωστος όσο και τα μέλη της οικογένειάς του θα καταλάβουν πως η φυματίωση δεν κληρονομείται και ότι αν η φυματική μητέρα έχει φυματικό παιδί αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το παιδί εκτέθηκε στον λοιμογόνο παράγοντα μετά τη γέννησή του. Θα μπορούσε να μην είναι φυματικό αν είχαν πάρει τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης του.

Δίγες είναι οι περιπτώσεις που ο άρρωστος με θεραπευμένη πνευμονική φυματίωση πρέπει να αλλάξει είδος εργασίας, επειδή σήμερα ο άρρωστος θεραπεύεται εντελώς από την αρρώστια, χωρίς να του αφήνει αναπηρίες.

Χρειάζεται τα πρώτα χρόνια, μια προσεκτική ζωή - καλή διατροφή, αποφυγή υπερβολικής κοπώσεως κ.ά. Αυτό θα βοηθήσει στην σταθεροποίηση της καταστάσεώς του, χωρίς να του μειώνει τις δραστηριότητές του στο χώρο της οικογένειάς του, της εργασίας του και της κοινωνικής του ζωής.

2. Ιογενή Λοιμώδη Νοσήματα

Κοινό χαρακτηριστικό των ιογενών νοσημάτων είναι ότι η θεραπεία τους είναι συμπτωματική και σκοπό έχει την καταπολέμηση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται κάθε φορά. Αιτιολογική θεραπεία κατά κανόνα δεν υπάρχει. Σημαντική ίσως βοήθεια παρέχεται σε ορισμένες περιπτώσεις από την χορήγηση γ-σφαιρίνης που περιέχει μη ειδικά ή και ειδικά για κάθε ιογενή λοίμωξη αντισώματα.

Τα σπουδαιότερα και συχνότερα ιογενή λοιμώδη νοσήματα περιγράφονται πιο κάτω.

2.α) Ιλαρά

Οφείλεται στον ιό της ιλαράς, που μεταδίδεται από άτομο σε άτομο κυρίως με τα σταγονίδια στις τελευταίες 4-5 ημέρες του σταδίου επώασης στη διάρκεια του καταρροϊκού σταδίου και στις πρώτες ημέρες του εξανθηματικού σταδίου.

Αφήνει μόνιμο ανοσία και εφ' όσον η μητέρα έχει νοσήσει, βρέφη κάτω των 4-6 μηνών δεν νοσούν.

Κλινική εικόνα: Μετά από επώαση 9-12 ημερών η νόσος περνάει τρία στάδια:

Το καταρροϊκό ή πρόδρομο στάδιο διαρκεί 3-6 ημέρες και χαρακτηρίζεται από πυρετό, καταρροϊκά φαινόμενα, επιπεφυκίτιδα, φωτοφοβία και βήχα. Στην εσωτερική επιφάνεια των παρειών εμφανίζονται οι κηλίδες του Koplich, που μοιάζουν σαν πιτσιλίδες ασβέστου και είναι παθογνωμονικές της νόσου.

Το εξανθηματικό στάδιο διαρκεί 3-5 ημερών χαρακτηρίζεται από κηλοδοβλατιδώδες συρρέον εξάνθημα που αρχίζει από την περιοχή πίσω από τα αυτιά και βαθμηδόν επεκτείνεται στα πρόσωπο, τον κορμό και τα άκρα, ενώ με την έκθυση του ο πυρετός, που στο τέλος του 1ου σταδίου δείχνει μικρή κάμψη, εμφανίζεται ξανά υψηλός. Με την ολοκλήρωση του εξανθήματος, ο πυρετός πέφτει και ακολουθεί το επόμενο στάδιο.

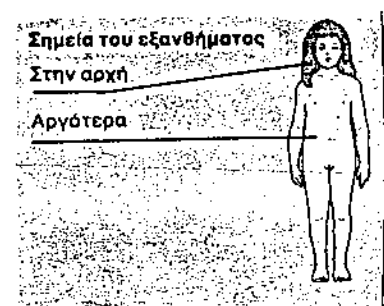
Το στάδιο της αποδρομής χαρακτηρίζεται από την βαθμιαία εξαφάνιση του εξανθήματος με την σειρά που εμφανίσθηκε. Στη θέση του καταλείπεται υπέρχρωση του δέρματος και παρατηρείται λεπτή πιτυρώδης απολέπιση.

Επιπλοκές: Άλλοτε οφείλονται στον ιό της ιλαράς και είναι οι εξής: λαρυγγίτιδα, βρογχολίτιδα, πνευμονία απλή ή γιγαντοκυτταρική (βαρειά), σκωληκοειδίτιδα και μεθυλαρική εγκεφαλομυελίτιδα. Απ' αυτές η τελευταία εμφανίζεται σε αναλογία 1:1000 περίπου, εκδηλώνεται 3-10 ημέρες μετά την έκθεση του εξανθήματος, σε ποσοστό δε 15% περίπου καταλήγει στον θάνατο, σε ποσοστό 25%, αφήνει κατάλοιπα και το υπόλοιπο μόνο ιάται τελείως.

Άλλοτε οι επιπλοκές της ιλαράς είναι μικροβιακές, από δευτεροπαθή, δηλαδή, ανάπτυξη μικροβίων (πνευμονία, ωτίτιδα, μαστοειδίτιδα).



Εξάνθημα εναλλάξ



Τέλος, άλλες επιπλοκές όπως η θρομβοπενική πορφύρα και η υποξεία σκληρυντική πανεγκεφαλίτιδα είναι άγνωστης αιτιολογίας.

Θεραπεία: Συμπτωματική για τον πυρετό και τον βήχα. Καλός αερισμός και φωτισμός του δωματίου.

Στην γιγαντοκυτταρική πνευμονία δίδεται γ-σφαιρίνη.

Στις μικροβιακές επιπλοκές δίδονται αντιβιοτικά.

Η μεθιλαρική εγκεφαλίτιδα αντιμετωπίζεται σαν τις άλλες, εγκεφαλίτιδες (βλέπε νοσήματα νευρικού συστήματος).

Πρόγνωση: Καλή, αν δεν εμφανισθούν οι επιπλοκές, γιγαντοκυτταρική πνευμονία, μεθιλαρική εγκεφαλίτιδα και υποξεία σκληρυντική παρεγκεφαλίτιδα.

Νοσηλευτική φροντίδα:

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες επηρεάζονται από τις κλινικές εκδηλώσεις της αρρώστιας.

1. Ανακούφιση του παιδιού από τον πυρετό, με χλιαρό σπόγγισμα.
 - Ανακούφιση των ερεθισμένων ματιών του παιδιού με κρύο νερό.
 - Πρόσληψη αφθόνων υγρών χορηγώντας σε μικρές ποσότητες.
2. Πρόληψη αποφυγής της διασποράς της νόσου. Επιτυγχάνεται με:
 - Τον εμβολιασμό ο οποίος γίνεται γύρω στον 13ο μήνα.
 - Με την αποφυγή του παιδιού από το σχολείο πριν εξαλειφθεί το εξάνθημα.
3. Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

2.β) Ερυθρά

Οφείλεται στον ιό της ερυθράς που μεταδίδεται με τα σταγονίδια μία εβδομάδα πριν και μία εβδομάδα μετά την εμφάνιση του εξανθήματος.

Αφήνει μόνιμο ανοσία και δεν προσβάλλει παιδιά κάτω των 6 μηνών, αν έχει νοσήσει η μητέρα τους στο παρελθόν.

Ο χρόνος: επώασης είναι 7-21 ημέρες.

Κλινική εικόνα: Αρχίζει με ελαφρώς επώδυνη διόγκωση οπισθοωτιαίων και υπινιακών λεμφαδένων. Ακολουθεί μετά 1-2 μέρες η έκ-

θυση του εξανθήματος στο πρόσωπο, τράχηλο και κορμό. Είναι κηλιδοβλατιδώδες αλλά δεν συρρέει, διαρκεί δε 3-4 ημέρες και συνοδεύεται από μέτριο πυρετό. Συχνά παρατηρείται ενάνθημα.

Επιπλοκές σπανίως συμβαίνουν, είναι δε η εγκεφαλίτιδα, η θρομβοπενική πορφύρα και η αρθροθυλακίτιδα στις γυναίκες.

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα και σε ειδικές περιπτώσεις (γυναίκα έγκυος) επιβεβαιώνεται με την ανεύρεση υψηλού του τίτλου των ειδικών αντισωμάτων.

Θεραπεία: Καμιά ή αντιπυρετικά σε εμφάνιση πυρετού.

Νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες περιορίζονται:

1. Στηθνακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα με την
 - χορήγηση αντιπυρετικού, όταν ο πυρετός ανεβεί πάνω από 38°C
 - ανάπαυση του παιδιού στο κρεβάτι.
2. Στην πρόληψη της διασποράς της νόσου με:
 - τον εμβολιασμό
 - την ενημέρωση κάθε εγκύου που ήρθε σε επαφή με το παιδί της
 - την απομάκρυνση του παιδιού από το σχολείο και τους δημόσιους χώρους.



Κλινική Εικόνα



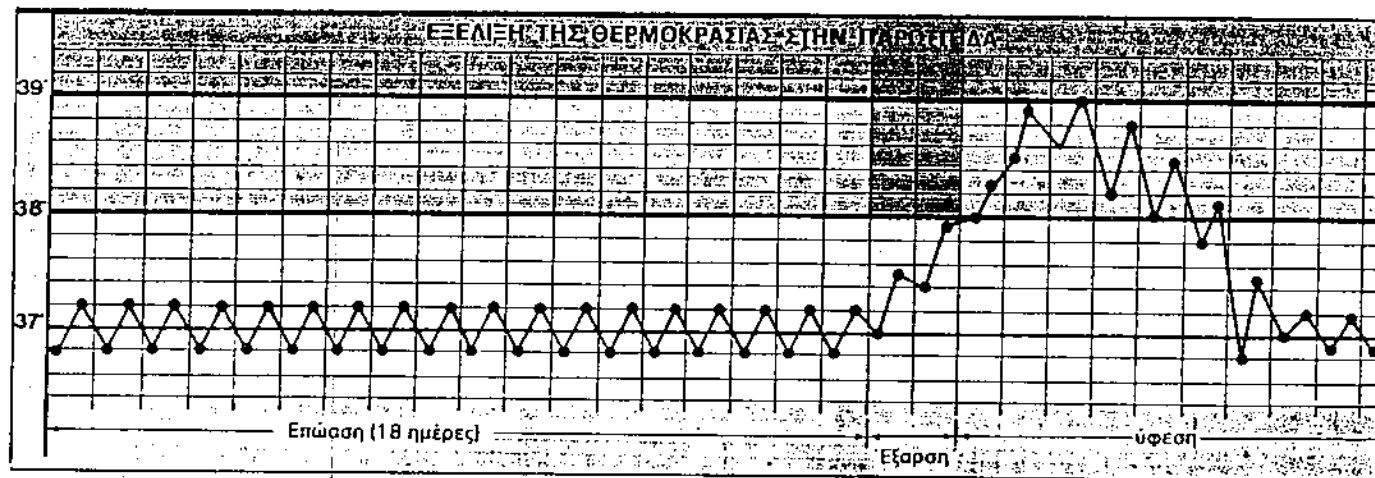
Εξάνθημα ερυθράς

2.γ) Παρωτίτιδα

Οφείλεται στον αντίστοιχο ιό, που μεταδίδεται με τα σταγονίδια και προσφάτως μολυσμένα αντικείμενα κατά την τελευταία εβδομάδα του σταδίου επώασης και σ' όλη την διάρκεια που είναι διογκωμένες οι παρωτίδες. Αφήνει μόνιμο ανοσία, σε σημαντικό δε ποσοστό ατόμων εξασφαλίζεται ανοσία με κρυψιμολύνσεις, χωρίς δηλαδή εμφανή νόσηση.

Κλινική εικόνα: Μετά από επώαση 2-3 εβδομάδων παρατηρείται διόγκωση της μιας παρωτίδας και μετά 3-4 μέρες και της άλλης. Η διόγκωση είναι θερμή και επώδυνη και το υπερκείμενο δέρμα οιδηματώδες, στίλβον και ωχρο. Συνυπάρχει πυρετός, ωταλγία, άλγος στη μάσηση και διόγκωση των υπογναθίων και υπογλωσσίων λεμφαδένων.

Άλλες εκδηλώσεις της νόσου είναι: μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, που



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Εξέλιξης της θερμοκρασίας στην παρωτίτιδα. Μετά από επώση 20 ημερών περίπου εμφανίζεται υψηλός πυρετός που διαρκεί από πέντε μέχρι έξι μέρες και μετά υποχωρεί αργά.

Νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες περιορίζονται:

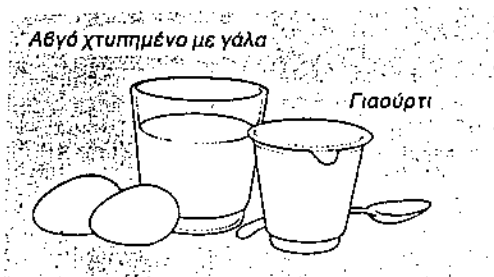
1. Στην ανακούφιση των συμπτωμάτων από τη νόσο με:

- Θερμομέτρηση του παιδιού. Εάν έχει πυρετό, σπογγίζεται το σώμα του παιδιού με σφουγγάρι και χλιαρό νερό.
- Ρευστοποίηση της τροφής σε περίπτωση δυσκολίας κατάποσης δίδεται με καλαμάκι.
- Χορήγηση άφθονων υγρών.
- Συμβουλή να ξεπλένει το στόμα του για να μετριάσει το στέγνωμα
- Χορήγηση ζεστού νερού σε μπουκάλι τυλιγμένο σε μια πετσέτα να το ακουμπά στην πονεμένη πλευρά.



2. Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου με:

- Πλήρη ανάπαυση του παιδιού στο κρεβάτι μέχρι που να υποχωρήσει το πρήξιμο
- Χορήγηση ασπιρίνης ή οποιοδήποτε άλλο αναλγητικό για τον πόνο των πρησμένων όρχεων ή των πρησμένων ωοθηκών.
- Χορήγηση ρευστής, πολτοποιημένης τροφής όπως αυγό χτυπημένο με γάλα, σούπες, γιαούρτι κλπ.

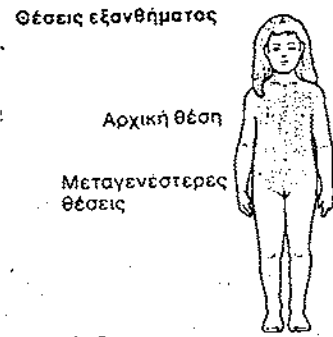


2.5) Ανεμοβλογιά

Ο ιός στον οποίο οφείλεται προκαλεί και έρπητα ζωστήρα σε ενηλίκους ή μεγάλα παιδιά που ήδη έχουν νοσήσει από ανεμοβλογιά.

Μεταδίδεται εύκολα με τα σταγονίδια του ρινοφάρυγγιλικού εκκρίματος, με το υγρό των φυσαλίδων και πιθανώς με μολυσμένα αντικείμενα, στις δύο τελευταίες ημέρες του σταδίου επώασης και σ' όλη την διάρκεια έκδυσης του εξανθήματος, αφήνει δε ισόβια ανοσία.

Κλινική εικόνα: Μετά από επώαση 10-21 ημερών αρχίζει με μέτριο πυρετό, και εξάνθημα μικροηλιδώδες που διαδοχικά εξελίσσεται σε φυσαλλιδώδες και εφελκιδώδες εντός 2-3 ημερών. Το εξάνθημα εκθύεται κατά ώσεις ανά 10-20 ώρες έτσι ώστε ταυτοχρόνως συνυπάρχουν όλες οι μορφές χαρακτηριστικά δε εντοπίζεται εκτός του κορμού και στο τριχωτό της κεφαλής και συνοδεύεται από κνησμό. Σπανίως είναι αιμορραγικό (αιμορραγική ανεμοβλογιά).



Επιπλοκές: Επιμόλυνση των φυσαλλίδων με κόκκους, ωτίτιδα, πνευμονία επίσης από κόκκους, σπανίως μεταλοιμώδης μηνιγγοεγκεφαλίτιδα και πρωτοπαθής ιογενής πνευμονία.

Θεραπεία: Συμπτωματική για την καταπολέμηση του πυρετού και του κνησμού. Αν εμφανισθούν μικροβιακές επιπλοκές, χορηγούνται αντιβιοτικά.

Πρόγνωση: Είναι καλή, εκτός εάν επιπλακεί με πρωτοπαθή πνευμονία ή μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, αντιθέτως είναι βαρεία σε άτομα που πάσχουν από λευχαιμία και άτομα που παίρνουν κορτικοστεροειδή ή κυτταροστατικά φάρμακα.

Νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες περιορίζονται στην:

1. Ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα της νόσου με:
 - Την καταπολέμηση της φαγούρας, βάζοντας λοσιόν καλαζίνης πάνω στο εξάνθημα ή κάνοντας στο παιδί ζεστά μπάνια, αφού θα έχει προστεθεί στο νερό μια χούφτα σόδα.
 - Σε περίπτωση που το παιδί είναι μηνών, γίνεται συχνή αλλαγή στις πάνες, για να μαραθούν τα στίγματα και να πιάνουν κρούστα.
 - Με το κόψιμο των νυχιών για προστασία από το ξύσιμο.
2. Πρόληψη της διασποράς της νόσου με την απομάκρυνση του παιδιού από το σχολείο και τους δημόσιους χώρους, ωστόσο να πέσουν οι κρούστες του εξανθήματος.

2.ε) Έρπης Ζωστήρας - Έρπης Απλός

α) Έρπης Ζωστήρας

Προκαλείται από τον ιό της ανεμοβλογιάς σε άτομα που συνήθως έχουν ήδη νοσήσει από ανεμοβλογιά. Άτομα που δεν έχουν νοσήσει από ανεμοβλογιά και έρχονται σε επαφή με πάσχοντες από έρπητα ζωστήρα, μπορεί να εκδηλώσουν ανεμοβλογιά.

Ο ιός της ανεμοβλογιάς και του έρπητα ζωστήρα αν και προκαλεί ικανοποιητική ανοσία, δεν εξαφανίζεται από τον οργανισμό, γιατί δεσμεύεται από νευρικά κύτταρα. Έτσι με την επίδραση διαφόρων παραγόντων, ενεργοποιείται και με τις νευρικές ίνες πορεύεται προς το δέρμα, όπου προκαλεί έρπητα ζωστήρα.

Η κλινική εικόνα: αρχίζει με κακουχία, πυρετό, άλγος και ευαισθησία στην περιοχή που προσβάλλεται (συνήθως δέρμα θώρακα και κοιλίας). Μετά 2-3 ημέρες στην ίδια περιοχή εκθύεται διαδοχικά επί μια εβδομάδα περίπου κηλιδοβλατιδοφουσαλλιδώδες εξάνθημα με έντονο πόνο, κνησμό και καύσο. Σιγά-σιγά οι φουσαλλίδες σπάζουν και σχηματίζονται εφέλκιδες, που αποπίπτουν μέσα σε 7 περίπου ημέρες.

Θεραπεία: Συμπτωματική για την καταπολέμηση του πόνου και του κνησμού και την πρόληψη επιμόλυνσης του εξανθήματος.

β) Έρπης απλός

Ο ιός του απλού έρπητα μεταδίδεται με την άμεσο επαφή με νοσούντα στη διάρκεια της νόσου ή και για αρκετές εβδομάδες κατόπιν. Αφήνει μερική ανοσία, έτσι ώστε οι υποτροπές δεν είναι ασυνήθεις.

Ο απλός έρπης μπορεί να προκαλέσει:

Σπλαχνικό έρπητα στα νεογνά που έχει πολύ βαρεία πρόγνωση.

Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, ουλοστοματίτιδα, κερατοεπιπεφυκίτιδα, αιδοιοκολπίτιδα, επιχειλίτιδα έρπητα, και ερπητικό έκζεμα.

Ο επιχειλίτιος έρπης υποτροπιάζει συνήθως με την επίδραση εμπύρετου λοίμωξης (ιδίως πνευμονίας), κόπωση ή ψυχικής κατάπτωσης.

Θεραπεία: Συμπτωματική, τοπική αντισηψία, παρεντερική χορή-

γηση υγρών (σπλαχνικός έρπης, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα) και τοπική εφαρμογή 5 - ιωδοδεοξουριδίνης (IDU) στις δερματικές βλάβες και στην κερατοεπιπεφυκίτιδα.

Η πρόγνωση είναι πολύ βαρειά στον σπλαχνικό έρπητα και ενδεχομένως βαρειά στην μηνιγγοεγκεφαλίτιδα και ερπητικό έκζεμα. Η κερατοεπιπεφυκίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση. Στις λοιπές μορφές η πρόγνωση είναι καλοήθης.

Νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες περιορίζονται στην:

1. Ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου με:
 - Την τοποθέτηση αντιβιοτικών αλοιφών για την καταπολέμηση του κνησμού και της μόλυνσης.
 - Παρεντερική χορήγηση υγρών.
2. Στην πρόληψη της διαμόλυνσης άλλων ατόμων με:
 - Την χρησιμοποίηση ατομικής πετσέτας
 - Την εμπόδιση του παιδιού να φιλά άλλα παιδιά
 - Την εμπόδιση του παιδιού να αγγίζει την περιοχή των φουσαλλίδων.

2.στ) Ευλογιά

Οφειλόταν στον ιό της ευλογιάς και ήταν βαρειά αρρώστεια, που τελευταία έχει εκλείψει από ολόκληρο τον κόσμο χάρις στον δαμαλισμό. Επομένως, η νόσος έχει ιστορική μόνο αξία και η περιγραφή της περιττεύει.

2.ζ) Αιφνιδιο εξάνθημα

Οφείλεται πιθανώς σε ιό και προσβάλλει άτομα συνήθως ηλικίας 6 μηνών μέχρι 2 ετών. Αρχίζει με υψηλό πυρετό, και ανησυχία, ανευρίσκονται δε από την κλινική εξέταση προπέτεια της μεγάλης πηγής και εξέρυθρα πορίσθμια. Παρά τα θορυβώδη συμπτώματα μετά τη λήψη αντιπυρετικού η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι άριστη.

Ο πυρετός διαρκεί 3-4 ημέρες και λίγο πριν ή αμέσως μετά την υποχώρηση του εμφανίζεται αραιό μικροκηλιδώδες εξάνθημα που δι-

αρκεί 1-2 ημέρες.

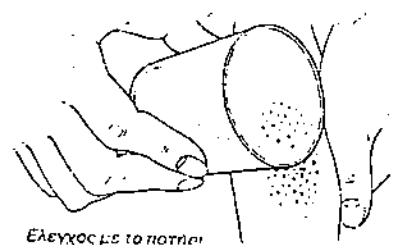
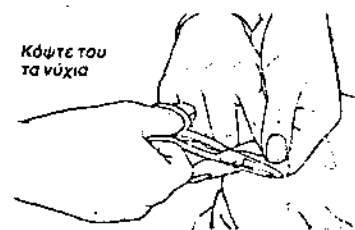
Η θεραπεία: είναι συμπτωματική (αντιπυρετικά), και η πρόγνωση: άριστη.

Νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες περιρίζονται στην :

1. Ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα της νόσου με:

- Θερμομέτρηση του παιδιού
- Έλεγχος του παιδιού μήπως έφαγε κάτι καινούργιο (πχ. οστρακόδερμα ή φράουλες) ή μήπως άρχισε θεραπεία με κάποιο φάρμακο (πενικιλίνη).
- Έλεγχος του παιδιού μήπως παρουσιάζει συμπτώματα μόλυνσης, ιδιαίτερα εάν το παιδί έχει έντονη φαγούρα ανάμεσα στα δάκτυλα. Αυτό μπορεί να είναι ένδειξη ψώρας.
- Αν το εξάνθημα συνοδεύεται από κνησμό, προστίθεται στο νερό του μπάνιου του μια "χούφτα" σόδα του φαγητού. Αυτό θα καλμάρει τον κνησμό.
- Διατήρηση καθαρού και δροσερού δέρματος για ελάττωση του ερεθισμού.
- Διατήρηση καθαρών και κομμένων νυχιών για να μην τραυματίζει το δέρμα του.



2.η) Πολιομυελίτιδα

Η πολιομυελίτιδα, σοβαρή και διαδεδομένη αρρώστεια σ' όλο το κόσμο, ευτυχώς παρουσίασε μεγάλη κάμψη με την εφαρμογή της ενεργητικής ανοσοποιήσεως.

Η πολιομυελίτιδα, ιογενής αρρώστεια, οφείλεται σε τρεις ορολογικούς τύπους ιού. Ο πρώτος τύπος προκαλεί τις περισσότερες επιδημίες παραλυτικής πολιομυελίτιδας, ο τρίτος μικροεπιδημίες και ο δεύτερος δεν προκαλεί παραλύσεις.

Ο τρόπος μεταδόσεως της αρρώστειας δεν είναι γνωστός. Μεταδί-

δεται στο τέλος του χρόνου επώσεως που είναι 5-35 μέρες και την πρώτη εβδομάδα της αρρώστιας πιθανόν με τα εκκρίματα στοματορινοφάρυγγα και κοπράνων του αρρώστου και των υγιών φορέων και με το μολυσμένο νερό. Οι επιδημίες εμφανίζονται κυρίως στις αρχές της ανοίξεως και το φθινόπωρο και προσβάλλονται συνήθως παιδιά και έφηβοι.

Η αρρώστια αφήνει μόνιμη αλλά όχι διασταυρούμενη ανοσία μεταξύ των τριών ορολογικών τύπων του ιού.

Ο ιός μπαίνει από το στόμα, πολλαπλασιάζεται στο φάρυγγα, τις αμυγδαλές, τους επιχώριους λεμφαδένες στο εντερικό τοίχωμα, τους μεσεντέριους λεμφαδένες και απ' εκεί μπαίνει στην κυκλοφορία κατά τον Sabin ο ιός μεταφέρεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα με τα νεύρα. Στο νευρικό σύστημα ο ιός νεκρώνει τους νευρώνες, όχι όμως όλους όσους προσβάλλει.

Την κλινική εικόνα καθορίζουν η θέση και ο αριθμός των νευρώνων που προσβλήθηκαν.

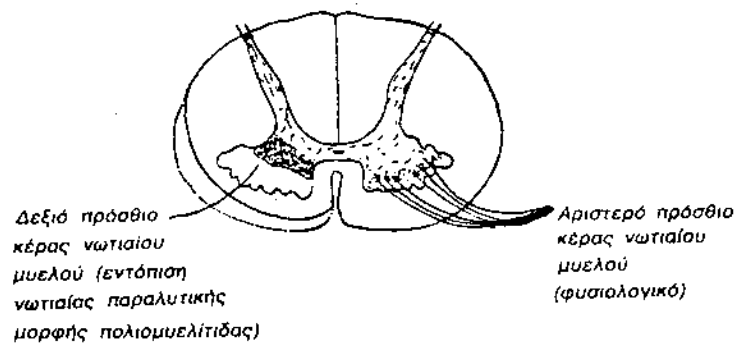
Ο ιός μπορεί να προκαλέσει:

1. Την ασυμπτωματική μορφή της αρρώστιας
2. Την εκτρωματική μορφή που εκδηλώνεται με πυρετό, εμέτους, πονοκέφαλο. Η μορφή αυτή της αρρώστιας έχει διάρκεια 2-3 ημέρες και ο άρρωστος θεραπεύεται.
3. την μη παραλυτική μορφή, η οποία λαμβάνει την εικόνα της άσηπτης μηνιγγίτιδας, και
4. Την παραλυτική μορφή η οποία ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης διαιρείται σε νωτιαία (εικ. 5) και προμηκική. Η προμηκική είναι βαρύτερη μορφή και αφορά τις εγκεφαλικές συζυγίες, αλλά και το αγγειοκινητικό και αναπνευστικό κέντρο που βρίσκονται σ' αυτόν.

Πριν την εκδήλωση των παραλύσεων παρατηρείται έκδηλη δυσκαμψία αυχένα και ράχης, ελάττωση των αντανακλαστικών, αναπνευστικές και πεπτικές διαταραχές.

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για την αντιμετώπιση της αρρώστιας και περιορίζεται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζει ο άρρωστος. Γι' αυτό:

1. Χορηγούνται παυσίπονα
2. Ενισχύεται ο άρρωστος να μείνει στο κρεβάτι 2 με 3 ημέρες με-



Εικ. 5. Εγκάρσια τομή νωτιαίου μυελού. Η βλάβη έχει εντοπισθεί στο πρόσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Το δεξιό πρόσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού έχει ατροφίσει, τα κύτταρά του έχουν εξαφανιστεί και η πρόσθια οδός τών νωτιαίων νεύρων έχει συρρικνωθεί (ζαρώσει).

τά την πλήρη πτώση του πυρετού.

3. Διατηρείται ανοικτή η αναπνευστική οδός του.
4. Παρακολουθείται ο άρρωστος για αναπνευστική ανεπάρκεια που μπορεί να εκδηλωθεί από ανεπαρκή λειτουργικότητα των αναπνευστικών μυών. Αν χρειάζεται χρησιμοποιείται αναπνευστήρας και γίνεται τραχειοτομή.

Η πρόγνωση της αρρώστιας εξαρτάται από τη μορφή της. Το σύνολο της θνησιμότητας υπολογίζεται σε 5-10%, ενώ σε 15% των παραλυτικών μορφών αφήνει μόνιμες βλάβες.

Η προφύλαξη από τη νόσο με το εμβόλιο Sabin που περιέχει τους τρεις τύπους των ιών της πολιομυελίτιδας, είναι πολύ καλή. Η εμφάνιση κρούσματος σε κλειστούς χώρους επιβάλλει επανάληψη του εμβολιασμού.

Νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες (εξαρτημένες, ανεξάρτητες και σε συνεργασία) αποβλέπουν στην:

1. Πρόληψη της διασποράς της αρρώστιας
2. Διατήρηση καλής της αναπνευστικής λειτουργίας
3. Πρόληψη δυσμορφιών των μελών του σώματος από βράχυνση μυών.
4. Προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό των ανεπιθύμητων επιπτώσεων της αρρώστιας, όπως παράλυση της ουροδό-

χου κύστεως, δυσκοιλιότητα, κυστίτιδα, εισρόφηση εκκρίσεων κ.ά.

Νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες επηρεάζονται από τις κλινικές εκδηλώσεις της αρρώστιας. Δεν είναι απαραίτητη η απομόνωση του αρρώστου, πρέπει όμως να λαμβάνονται τα προφυλακτικά μέτρα για το χειρισμό των εκκριμάτων από το λαιμό και τα κόπρανα, (επειδή αν και είναι άγνωστος ο τρόπος μεταδόσεως των ιών. Όμως στις εκκρίσεις του λαιμού και τα κόπρανα ανευρίσκονται οι ιοί της πολιομυελίτιδας και έτσι δεν αποκλείεται η μόλυνση να γίνεται δια μέσου αυτών.

Στην μη παραλυτική μορφή της πολιομυελίτιδας ο άρρωστος παραμένει στο κρεβάτι μέχρι να πέσει τελείως ο πυρετός και υποχωρήσουν οι μυαλγίες. Ο άρρωστος ανακουφίζεται από τον πυρετό με τα νοσηλευτικά μέτρα που αναφέρονται στην νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με λευχαιμία.

Στην παραλυτική μορφή, εκτός από τις νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στη μη παραλυτική μορφή, εφαρμόζονται και οι πιο κάτω:

1. Τα μέλη του σώματος του αρρώστου διατηρούνται σε λειτουργική θέση για την πρόληψη δυσμορφιών (εικ. 6).
2. Τοποθετούνται ζεστές κομπρέσες στους μυς που βρίσκονται σε σύσπαση για την ανακούφιση από τον πόνο, που δημιουργούν οι σπασμοί των μυών.
3. Παρακολουθείται η διατεταμένη (τεντωμένη) ουροδόχος κύστη που οφείλεται στην περιοδική παράλυσή της. Ελαφρή πίεση πάνω στην ουροδόχο κύστη θα βοηθήσει την κένωσή της. Αν χρειασθεί να γίνει καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως, επιβάλλεται απόλυτη τήρηση άσηπτης τεχνικής.
4. Ενισχύεται το καθημερινό λουτρό καθαριότητας για την άνεση και ξεκούραση του αρρώστου από την κακοσμία του ιδρώτα και τον πυρετό.
5. Επειδή ο άρρωστος συνήθως έχει ανορεξία στα πρώτα στάδια της εξέλιξης της αρρώστιας, του προσφέρεται τροφή της προτιμήσεως του, αφού δεν υπάρχουν δεσμευτικοί περιορισμοί στην αντιμε-



Εικ. 5. Κατάλληλη θέση και υποβάσταξη των πελμάτων για πρόληψη ιπποποδίας.

τώπιση της αρρώστιας. Ακόμη, στη ρύθμιση του διαιτολογίου λαμβάνεται υπόψη η πρόληψη της δυσκοιλιότητας. Καταγράφονται επίσης τα λαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, παρατηρείται το ισοζύγιο που είναι δυνατόν να δαιταραχθεί από τις εκδηλώσεις της αρρώστιας.

6. Στην προμηκική μορφή της παραλυτικής πολιομυελίτιδας παρακολουθείται ο άρρωστος για αναπνευστική δυσχέρεια. Επειδή η αναπνευστική δυσχέρεια δημιουργεί ανησυχία και άγχος, δημιουργούνται συνθήκες περιβάλλοντος που θα τα περιορίζουν. Αν χρειάζεται (σε περίπτωση δυσκαταποσίας) αντιμετωπίζονται οι διαιτητικές ανάγκες του αρρώστου με τεχνητή διατροφή, γίνονται αναρροφήσεις εκκρίσεως της αναπνευστικής οδού για την διατήρηση της ανοικτή.

Ακόμη, παρακολουθείται ο άρρωστος στενά και αξιολογείται η ανάγκη τραχειοτομής και της τοποθετήσεως του αρρώστου σε αναπνευστήρα.

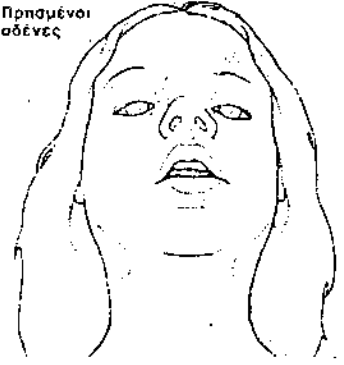
2.θ) Λοιμώδης μονοπυρήνωση

Οφείλεται πιθανότατα σε ιό (Erstein-Bar) ο τρόπος μετάδοσης της δεν είναι γνωστός και πιστεύεται ότι αφήνει μόνιμο ανοσία.

Κλινική εικόνα: αρχίζει με πυρετό, δυσκαταποσία και ανώδυ-

νο διόγκωση κυρίως των τραχηλικών λεμφαδένων και λιγότερο των μασχالياίων, βουβωνικών και αδένων του μεσοθωρακίου. Οι αμυγδαλές είναι διογκωμένες και συνήθως καλύπτονται από ψευδομεμβρανώδες επίχρισμα· επίσης οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις είναι διογκωμένες, ώστε να προκαλείται χαρακτηριστική αλλοίωση της φωνής του ασθενούς (μηνυθμός) και όχι σπάνια αναπνευστική δυσχέρεια. Ο σπλήνας είναι διογκωμένος.

Πρησμένοι
αδένες



Η λοιμώδης μονοπυρήνωση μπορεί να προκαλέσει ανικτερική ηπατίτιδα και σπανιότερα ικτερική ηπατίτιδα και λογενή μηνιγγίτιδα.

Επιπλοκές: αναφέρονται ρήξη του σπλήνα, θρομβοπενική πορφύρα, ορχίτις και περικαρδίτις.

Θεραπεία: συμπτωματική (αντιπυρετικά) και όταν προκαλείται αναπνευστική δυσχέρεια δίδονται κορτικοστεροειδή.

Η πρόγνωση είναι κατά κανόνα καλή (εκτός εάν επέλθει ρήξη του σπλήνα, οπότε χρειάζεται άμεσος χειρουργική επέμβαση).

Νοσηλευτική φροντίδα

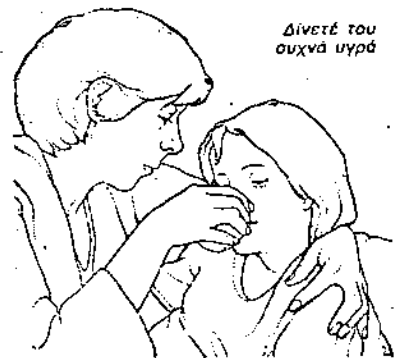
Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες περι-ορίζονται στην:

1. Ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα της νόσου με:

- Χορήγηση άφθονων υγρών και αντιπυρετικών
- Ανάπαυση στο κρεβάτι
- Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος (απασχόληση με ήρεμα μέσα αναψυχής, βιβλία, πάζλ, τηλεόραση...

2. Πρόληψη της διασποράς της νόσου με:

- Την απομόνωση του παιδιού, γιατί ο ιός είναι κολλητικός και μεταδίδεται με την στενή επαφή.



Δίνετε του
συχνά υγρά

2.1) Ιογενής ηπατίτιδα

α) Οξεία ιογενής ηπατίτιδα

Διακρίνονται δύο τύποι αυτής η επιδημική λοιμώδης ηπατίτιδα, που οφείλεται στον ιό τύπου Α και η εξ ομολόγου όρου, που οφείλεται στον ιό τύπου Β.

Η λοιμώδης ηπατίτιδα μεταδίδεται δια του πεπτικού συστήματος με μολυσμένα αντικείμενα. Ο πάσχων αποβάλλει τον ιό από τα κόπρανα και τα ούρα επί 3 εβδομάδες περίπου. Ο χρόνος επώασής της είναι 2-4 εβδομάδες, προσβάλλει δε παιδιά της σχολικής κυρίως ηλικίας και αφήνει μακροχρόνιο ομόλογο ανοσία.

Η ηπατίτιδα εξ ομολόγου όρου μεταδίδεται κυρίως παρεντερικώς. Ο πάσχων φιλοξενεί τον ιό για πολλά χρόνια και μπορεί να τον μεταδώσει σε άλλα άτομα με την μετάγγιση αίματος, ή πλάσματος ή με μολυσμένες σύριγγες και χειρουργικά εργαλεία. Φαίνεται όμως ότι, τουλάχιστον κατά την οξεία φάση, μπορεί να τον μεταδώσει και δια της πεπτικής οδού. Προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας και αφήνει ομόλογο ανοσία μικράς διάρκειας. Η ηπατίτιδα εξ ομολόγου όρου σχετίζεται με το ονομαζόμενο "Αυστραλιανό αντιγόνο" που ανιχνεύεται σε σημαντικό ποσοστό ασθενών κατά την οξεία φάση της νόσου.

Κλινική εικόνα: Η νόσος αρχίζει με ανορεξία χαρακτηριστική, πυρετό, καταβολή δυνάμεων και εμέτους (πρόδρομο στάδιο, διάρκειας 2-5 ημερών). Κατόπιν εμφανίζεται ίκτερος διαφορετικής σε κάθε άρρωστο έντασης, που διαρκεί 1-2 εβδομάδες (ικτερικό στάδιο). Κατά την διάρκεια του ικτέρου τα ούρα είναι χρωματισμένα σκούρα (γιατί, περιέχουν χολοχρωστικές) και τα κόπρανα είναι συνήθως αποχρωματισμένα (γιατί δεν περιέχουν χολοχρωστικές), τα δε γενικά συμπτώματα υποχωρούν.

Μετά πάροδο 2-3 εβδομάδων από την έναρξη ή νόσος παρέρχεται, σπανίως δε υποτροπιάζει ή καταλήγει σε κίρρωση του ήπατος. Βαρύτερης μορφής και πρόγνωσης είναι η ηπατίτιδα εξ ομολόγου όρου.

Εκτός από την παραπάνω περιγραφείσα τυπική ηπατίτιδα, σπανιότερες μορφές είναι η ήπια (ανικτερική) μορφή που προκαλεί μόνον γενικά συμπτώματα και δεν συνοδεύεται από ίκτερο και η **κεραυνοβόλος μορφή** που είναι πολύ βαρεία και συνήθως καταλήγει σε θάνατο γρήγορα.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τις εργαστηριακές εξετάσεις (α-

νίχνευση χολοχρωστικών στα ούρα, αύξηση της χολερυθρίνης στο αίμα, θετικές ηπατικές δοκιμασίες και αύξηση των τρανσαμινασών του ορού).

Επιπλοκές σπανίως προκαλείται απλαστική αναιμία, αιμολυτική αναιμία και θρομβοπενική πορφύρα.

Θεραπεία: Δίαιτα λευκωματούχος και υδατανθρακούχος. Περιορισμός του ζωϊκού λίπους. Κατάκλιση και γενικώς ανάπαυση κατά την οξεία φάση της νόσου και μέχρις αποκατάστασης των βιοχημικών διαταραχών. Παρεντερική χορήγηση υγρών, γλυκόζης και ηλεκτρολυτών σε μεγάλη ανορεξία και εμέτους.

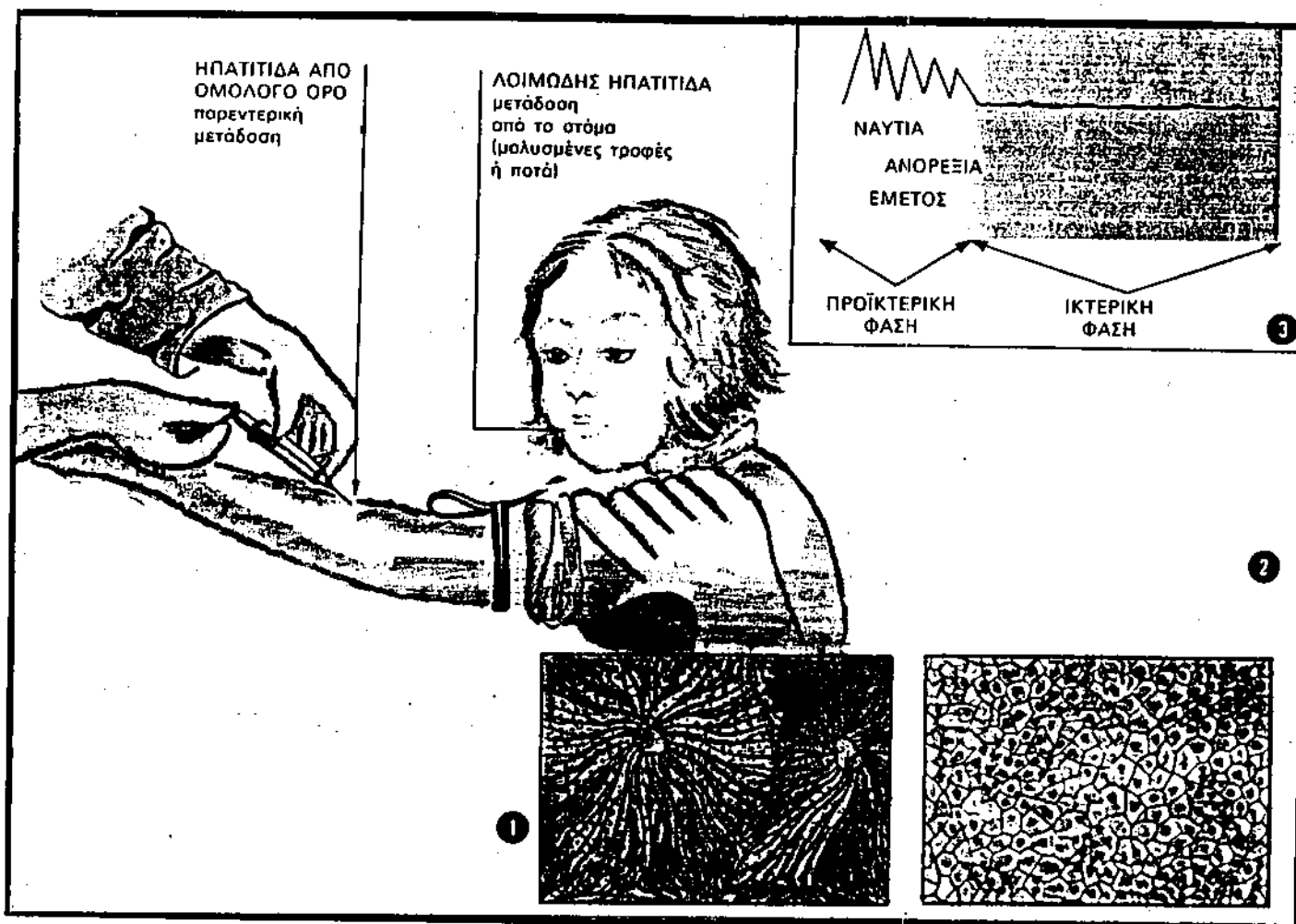
Προφύλαξη: Απομόνωση του πάσχοντος επί 3 εβδομάδες περίπου. Χορήγηση γ-σφαιρίνης σε άτομα που ήλθαν σε επαφή με τον πάσχοντα.

β) Νεογνική ηπατίτιδα

Μεταδίδεται από την μητέρα στο παιδί κατά ή μετά τον τοκετό, ενώ αμφισβητείται η μετάδοση μέσω το πλακούντα. Αρχίζει συνήθως, την 2η-3η εβδομάδα της ζωής με επίμονο ίκτερο, υπέρχρωση των ούρων, και αποχρωματισμό των κοπράνων. Διαρκεί 2-3 μήνες, ονομάζεται δε και **γιγαντοκυτταρική ηπατίτιδα**, ονομασία που προέρχεται από ειδική ιστολογική αντίδραση των ηπατικών κυττάρων. Η πρόγνωση είναι βαρειά δεδομένου ότι μόνον το 1/3 των περιπτώσεων ιάται.

Νοσηλευτική φροντίδα

- Βασικό μέτρο νοσηλευτικής φροντίδας είναι να δημιουργήσουμε συνθήκες με απόλυτη ανάπαυση, ησυχία, και ηρεμία για τον ασθενή.
- Η ησυχία τόσο του άμεσου περιβάλλοντος (θάλαμος) όσο και του έμμεσου (διάδρομος) κλπ. συντελεί ώστε η κατάκλιση του αρρώστου να του προσφέρει την πλήρη ανάπαυση.
- Η καλή σίτιση του αρρώστου, στα πλαίσια της κατάλληλης διαίτας, παρά την ανορεξία και την ναυτία του, είναι καθήκον της αδελφής.
- Μεγάλο μέρος της φροντίδας και των μέτρων που παίρνει η αδελφή συγκεντρώνεται στην προφύλαξη από την μετάδοση της νόσου. Και στις δύο μορφές της ηπατίτιδας πρέπει να λαμβάνονται αυστηρά μέτρα για την αποφυγή επαφής του υγιούς ατόμου με το



Εικ. 6. Πάνω: μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας. Η ηπατίτιδα μπορεί να μεταδοθεί με δύο τρόπους: με βελόνες και σύριγγες που δεν είναι καλά αποστειρωμένες (ηπατίτιδα από ομόλογο ορό) ή με μολυσμένα ποτά και τρόφιμα (λοιμώδης ηπατίτιδα). Αν μπει μια φορά στον οργανισμό ο ιός της ηπατίτιδας προκαλεί αλλοιώσεις της δομής των κυττάρων του ήπατος (1) και συσσωρεύεται στα ηπατικά κύτταρα, σχηματίζοντας συμπυκνώσεις που χρωματίζονται έντονα (2). Τα συμπτώματα της ασθένειας (3) είναι κοινά και στους δύο τύπους.

αίμα του αρρώστου. Επιβάλλεται η απομόνωση όσων πάσχουν από λοιμώδη ηπατίτιδα και η διατήρηση χωριστά του ιματισμού του αρρώστου, των σκευών διατροφής, σκωραμίδας και θερμομέτρο. Τα περιττώματα και απορρίματα του αρρώστου απολυμαίνονται ή καίγονται πριν μπουν σε αποχέτευση. Η αδελφή χρησιμοποιεί γάντια για τον υποκλιισμό, την τοπική καθαριότητα, την εφαρμογή υποθέτου κλπ.

- Οι επισκέπτες περιορίζονται σε ελάχιστους, στους οποίους διδάσκει η αδελφή τρόπους προφυλάξεως από την νόσο. Ο ασθενής παραμένει στην απομόνωση και μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων για 2 περίπου εβδομάδες από την εμφάνιση της νόσου.
- Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων ο ασθενής μπορεί να επανέρχεται σε σχετική δραστηριότητα, ολοκληρωμένη όμως δραστηριότητα θα αναλάβει μετά 6 μήνες περίπου.
- Η αδελφή τηρεί με μεγάλη ακρίβεια κάθε φαρμακευτική αγωγή, και παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα εμφάνισης ηπατικής ανεπάρκειας.

2.κ) Γρίπη και Παραγρίπη

Γνωστή σε όλους, αρχίζει με κακουχία ρίγος, πυρετό, κεφαλαλγία, αρθραλγίες, βήχα και καταρροϊκά φαινόμενα. Στα βρέφη προκαλεί και γαστρεντερικές διαταραχές και καμιά φορά σπασμούς. Μεταδίδεται με τα σταγονίδια των πασχόντων, έχει χρόνο επώασης 1-3 ημέρες και διαρκεί 4-5 ημέρες ενώ η ανάρρωση 2 εβδομάδες περίπου.

Επιπλοκές: Λαρυγγίτιδα, βρογχοπνευμονία, μυοκαρδίτιδα και δευτερογενείς λοιμώξεις από πυογόνους κόκκους (ωτίτιδα, βρογχοπνευμονία).

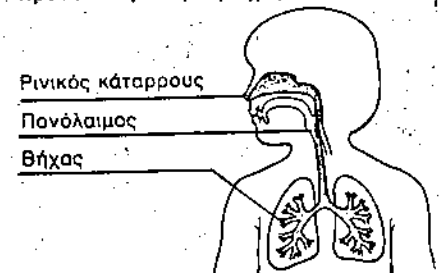
Η υπερτοξική μορφή της γρίπης μπορεί να προκαλέσει ραγδαία τον θάνατο από αιμορραγική πνευμονία ή καρδιακή κάμψη.

Η πρόγνωση χωρίς επιπλοκές είναι καλή.

Η θεραπεία είναι συμπτωματική.

Προφύλαξη: Ουσιαστικά δεν υπάρχει. Ο μαζικός αντιγριππικός εμβολιασμός δεν συνιστάται, κυρίως διότι η γρίπη δεν οφείλεται

Προσβαλλόμενες περιοχές



πάντοτε στο ίδιο στέλεχος του ιού.

Νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που ακολουθούν αποβλέπουν:

1. Στην ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της γρίπης:

- Ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό
- Ανακούφιση του αρρώστου από την κεφαλαλγία και τις αρθραλγίες με αναλγητικά φάρμακα με οδηγία γιατρού.
- Χορήγηση αποχρεμπτικών (με οδηγία γιατρού) για την αποβολή εκκρίσεων - αν υπάρχουν - και τον περιορισμό του βήχα. Ακόμη ο ξηρός ερεθιστικός βήχας περιορίζεται με την υγραποίηση του εισπνεόμενου αέρα.
- Χορήγηση πολλών υγρών
- Σε περίπτωση γαστρεντερικών διαταραχών χορηγείται τροφή που δεν ερεθίζει το βλεννογόνο του εντέρου και δεν αφήνει υπολείμματα, φάρμακα (με οδηγία γιατρού) που περιορίζουν την περισταλτικότητα του εντερικού σωληνα. Αν χρειάζεται ο άρρωστος ενυδατώνεται παρεντερικά.

Δίνετε
άφθονα
υγρά



2. Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών:

- Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις του αναπνευστικού συστήματος, επειδή έχει καταστραφεί το προφυλακτικό κροσσωτό επιθήλιο του τραχειοβρογχικού δέντρου, από τον κό της γρίπης.
- Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα πνευμονίας και όταν εκδηλωθούν αντιμετωπίζεται ανάλογα.
- Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα επιπλοκών του νευρικού συστήματος, ανακουφίζεται και αντιμετωπίζεται ανάλογα.
- Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα ανάπτυξεως μυο-

Επαλείψτε με θαλάσσινη
για ν' αποτιγείτε
τον ερεθισμό



καρδίτιδας, ανακουφίζεται και αντιμετωπίζεται ανάλογα.

3. Προφύλαξη ευπαθούς (ευαίσθητου) πληθυσμού:

- Ευπαθής στον ιό της γρίπης είναι ο πληθυσμος της τρίτης ηλικίας, τα άτομα με αρρώστιες της καρδιάς, όπως στένωση μιτροειδούς, καρδιακή ανεπάρκεια, των πνευμόνων, όπως χρόνια βρογχοπνευμονία, χρόνια βρογχίτιδα, βρογχεκτασία, άσθμα, εμφύσημα, φυματίωση, των νεφρών όπως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, με σακχαρώδη διαβήτη κ.ά.

Στον πιο πάνω πληθυσμό συνιστάται ο ετήσιος εμβολιασμός με το αντιγριππικό εμβόλιο.

- Δεν απομονώνεται ο άρρωστος, αλλά συνιστώνται μέτρα όπως να μην εκτίθενται στην εισπνοή των μικροβιοφόρων σταγονιδίων, τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τον άρρωστο
- Σε περίοδο επιδημιών απαγορεύονται οι συγκεντρώσεις σε κλειστούς χώρους, οι επισκέψεις, στους αρρώστους με τον ιό της γρίπης.
- Αποθαρρύνεται να καπνίζει ο ευπαθής πληθυσμός.

2.1) Νόσος από εκδορά προκαλούμενη από γάτα

Οφείλεται πιθανώτατα σε ιό που μεταδίδεται από εκδορά που προκαλείται από γάτα και σπανιότερα από σκύλο. Χαρακτηρίζεται από επιχώριο λεμφαδενίτιδα (μασχαλιαία, βουβωνική ή τραχηλική) που υποχωρεί μόνη της μέσα σε 1-3 μήνες. Η λεμφαδενίτιδα μπορεί να διαπυηθεί αλλά και τότε είναι στείρα μικροβίων. Συνυπάρχουν πυρετός, ανορεξία, κακουχία και κεφαλαλγία.



Η θεραπεία είναι συμπτωματική, η δε πρόγνωση άριστη.

2.1α) Λύσσα

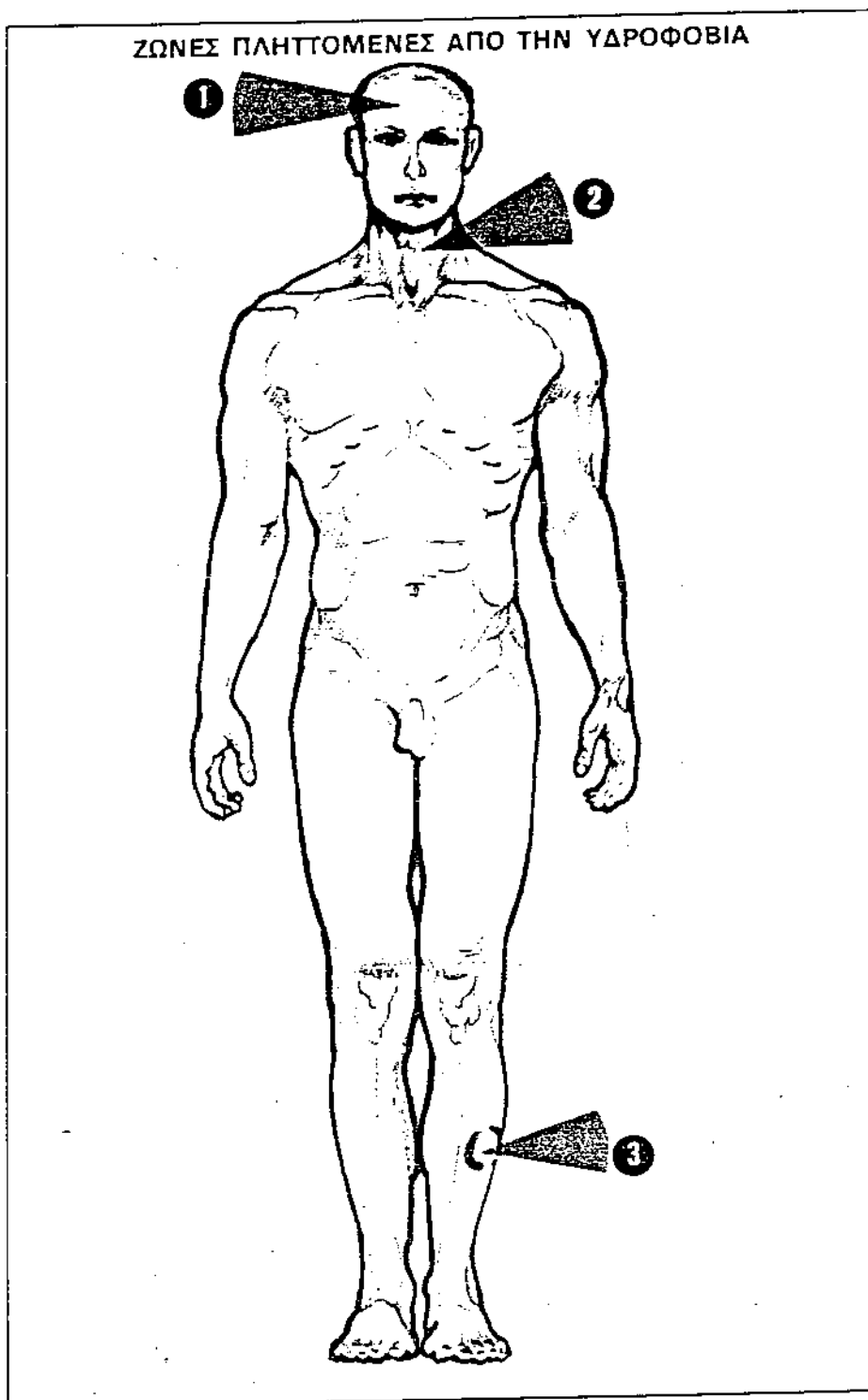
Οφείλεται στον ιό της λύσσας, που μεταδίδεται από δάγκωμα λυσσασμένου ζώου (σκύλος, γάτα, λύκος, αλεπού, κουνάβι, τσακάλι, νυ-

κτερίδα).

Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως 1-2 μήνες (αλλά μέχρι και 12 μήνες). Πρόκειται για θανατηφόρο εγκεφαλομυελίτιδα. Πρώτο σύμπτωμα της νόσου είναι νευριτικό άλγος στο σημείο του δήγματος. Ακολουθούν ρίγη, πυρετός, ναυτία, έμετοι, ίλιγγος, δύσπνοια, κώμα και θάνατος.

Θεραπεία: Δεν υπάρχει, γι' αυτό πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια έγκαιρης αναστολής της λύσσας, πράγμα που μπορεί να γίνει με τον αντιλυσσικό ορό και εμβόλιο.





Ζώνες πληττόμενες από την υδροφοβία (λύσσα): 1 - κεφαλή (έντονες κεφαλαλγίες), 2 - φάρυγγας και λάρυγγας (επώδυνες κράμπες και φόβος κατόπησης), 3 - αρθρώσεις (σπασμοί ή παραλύσεις).

2.1β) Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (A.I.D.S)

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας είναι σοβαρή ανωμαλία του ανοσοποιητικού συστήματος. Αυτή η ανωμαλία στο ανοσοποιητικό σύστημα κάνει το άτομο ευπαθές σε παθογόνους οργανισμούς που σε φυσιολογικά άτομα δεν προκαλούν νόσο.

Πιστεύεται πως η αρρώστια οφείλεται σε ρετροϊό ο οποίος προσβάλλει τα Τ-λεμφοκύτταρα του αίματος που ελέγχουν τους μηχανισμούς σχηματισμού των ντισωμάτων, με αποτέλεσμα το άτομο που προσβάλλεται από τον ιό αυτό να μην μπορεί να αμυνθεί εναντίον των λοιμώξεων και υποκύπτει σ' αυτές. Ο ιός αναπαράγεται στα Τ-λεμφοκύτταρα με πολύ μεγάλη συχνότητα. Αυτό δίνει την εξήγηση γιατί το AIDS εξαπλώνεται με τόσο γρήγορο ρυθμό.

Η νόσος μεταδίδεται με το αίμα το σπέρμα, τις εκκρίσεις και απεκκρίσεις του ανθρώπινου οργανισμού.

Άτομα υψηλού κινδύνου για τη νόσο είναι:

1. Άνδρες με έντονη ομοσεξουαλική και ετεροσεξουαλική ζωή και με μεγάλο αριθμό συντρόφων
2. Τοξικομανείς που κάνουν χρήση ναρκωτικών ενδοφλέβια
3. Άτομα με αιμοφιλία
4. Άτομα που έχουν σεξουαλική επαφή με άτομα των πιο πάνω περιπτώσεων.
5. Άτομα που παρουσιάζουν πρόδρομα συμπτώματα της νόσου.

Κλινική εικόνα: Η νόσος εκδηλώνεται με πρόδρομα συμπτώματα και με τα συμπτώματα της εμφάνισής της.

Πρόδρομα συμπτώματα είναι:

1. Καταβολή δυνάμεων, γενική κακουχία
2. Πυρετός διάρκειας βδομάδων ή μηνών
3. Απώλεια σωματικού βάρους
4. Οίδημα λεμφαδένων (παρατηρείται πριν, κατά και μετά τα πρόδρομα συμπτώματα)
5. Κακοήθης νεοπλασία - σάρκωμα Kaposi, Non-Hodgkin λέμφωμα - (σπάνια αλλά εκδηλώνεται πολύ έντονα και προσβάλλει το δέρμα, τους λεμφαδένες και τον πεπτικό σωλήνα).

Για την διάγνωση της αρρώστιας λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό του αρρώστου για νοσήματα ανοσοποιητικής καταστολής ή θεραπεία που προκαλεί ανοσοποιητική καταστολή. Γίνεται ανοσοβιολογικός έ-

λεγχοσ κατά τον οποίο διαπιςτάνεται η ανοσοποιητική ανεπάρκεια, εξέταση του δέρματος για να διαπιςτωθεί αν το κυτταρικό ανοσοποιητικό σύστημα λειτουργεί κανονικά, ορολογικές διαφοροποιήσεις.

Θεραπεία - Νοσηλευτική Αντιμετώπιση:

1. Πάλη κατά των μολύνσεων - λοιμώξεων - βιολογικής υποβαςτάξεωσ

- Εφαρμόζεται η θεραπεία που έχει περιγραφεί για τις διάφορες μολύνσεις/λοιμώξεις. Μερικές λοιμώξεις δεν αντιμετωπίζονται με τα γνωστά μέχρι σήμερα φάρμακα.
- Έστω κι αν ο άρρωστος δεν παρουσιάζει σημεία λοίμωξησ, παρακολουθείται για αυτά και αντιμετωπίζεται έγκαιρα και ανάλογα.
- Γίνεται αιματολογικός έλεγχοσ και έλεγχοσ του μυελού των οστών.
- Παρακολουθείται ο άρρωστος για υποτροπή μετά την διακοπή της θεραπείασ.
- Διερευνάται ο άρρωστος για συμπτώματα άλλου ιάσιμου νοσήματος, που μπορεί να συνυπάρχει και σε ανεύρεση αντιμετωπίζεται ανάλογα.
- Γίνεται προσπάθεια να επανέλθει το ανοσοβιολογικό σύστημα του αρρώστου σε ισορροπία, με την σχετική θεραπεία. Μπορεί να δοκιμασθούν τα πιο κάτω θεραπευτικά σχήματα:
 - Ιντερφερόνη - είναι γνωστή η δράση της πρωτεΐνησ αυτήσ κατά των ιών και του καρκίνου
 - Ορμόνεσ thymic
 - Ο παράγοντασ transfer
 - Ιντερλευκίνη II - διεγείρει την παραγωγή της γ-ιντερφερόνησ και την διαφοροποίηση των T-λεμφοκυττάρων
 - Αφαίρεση πλάσματος και μεταμόσχευση μυελού των οστών
- Υποβοηθείται ο άρρωστος που κάνει θεραπεία για καρκίνο και non-Hodgkin's λέμφωμα
 - Σάρκωμα Kaposi - non-Hodgkin λέμφωμα.
 - Ακτινοθεραπεία για τουσ αρρώστουσ με περιοριςμένη έκταση της αρρώστιασ
 - Χημειοθεραπεία - Για τον άρρωστο με βραδεία εξέλιξη της νόσου χρησιμοποιείται ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο, ενώ για τουσ αρρώστουσ με ταχεία εξέλιξη χρησιμοποιείται συνδυασμόσ φαρμάκων

- Άλλοι κακοήθεις όγκοι αντιμετωπίζονται συμπτωματικά.

2. Προσφορά ψυχοκοινωνικής υποβοήθησης

- Τα άτομα που χρησιμοποιούν ναρκωτικά και οι ομοφυλόφιλοι φοβούνται τις υγειονομικές υπηρεσίες. Αυτό οφείλεται στο τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται από το προσωπικό, το οποίο δεν έχει αποδεχθεί το κοινωνικό αυτό πρόβλημα και έτσι δεν συμβάλλει στην αντιμετώπισή του.
- Πλησιάστε τον άρρωστο με πολύ συμπάθεια. Οι περισσότεροι από τους αρρώστους αυτούς στερούνται οικογενειακών δεσμών.
- Δημιουργείτε συνθήκες για την βοήθεια αρρώστου με ψυχολογική αντίδραση προς την φύση της αρρώστιας του AIDS.
- Περιοριστείτε στις απλές απαντήσεις στα ερωτήματα του αρρώστου. Διερευνήστε περιοχές άγχους που εξωτερικεύονται με ερωτήματά του.
- Βοηθήστε τον άρρωστο να μειωθεί η συναισθηματική του διέγερση, η κοινωνική του απομόνωση και το άγχος.
- Είστε έτοιμη για προσφορά συναισθηματικής και ηθικής βοήθειας στον άρρωστο.

Πρόληψη - Υγειονομική διαφώτιση

1. Άτομα με ύποπτα συμπτώματα για AIDS και με υψηλό κίνδυνο για την νόσο αυτή δεν επιτρέπεται να δίνουν αίμα (αιμοδότες) ούτε να χρησιμοποιούνται ιστοί ή οργανά τους για μεταμοσχεύσεις. Ακόμη ενημερώνονται για τον κίνδυνο που διατρέχουν να πάσχουν από AIDS.

2. Συνιστάται αλλαγή στην σεξουαλική συμπεριφορά.

- Αποφεύγετε σεξουαλικές σχέσεις με άγνωστα άτομα
- Έχετε σεξουαλικές σχέσεις μόνο με ένα άτομο, το οποίο γνωρίζετε ότι είναι υγιές.
- Αποφεύγετε σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που έχουν φλεγμονή.

3. Εφαρμόζεται λεπτομερειακά ατομική υγιεινή.

4. Αποφεύγεται η λήψη φαρμάκων που καταστέλουν το ανοσοβιολογικό σύστημα.

5. Ενημερώνεται το κοινό για τα σημεία και συμπτώματα φλεγμονής και για την αξιολόγησή τους.

6. Ενισχύεται το ανοσοβιολογικό σύστημα με καλή διατροφή, άσκηση και κανονικό ύπνο.

7. ενισχύονται αλλαγές σχετικά με την υγιεινή διαβιώσεως.

8. Οι ομοφυλόφιλοι ενισχύονται να έχουν μονογαμικές σχέσεις. Έτσι μειώνεται ο κίνδυνος να προσβληθούν από την αρρώστια ή να την μεταδώσουν. Άλλα άτομα δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με εκκρίματα ή απεκκρίματά τους όπως σάλιο, κόπρανα, ούρα.

9. Οι τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, ενημερώνονται να χρησιμοποιούν μόνο αποστειρωμένο υλικό.

10. Για το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με αρρώστους ύποπτους για AIDS ή έχει διαγνωστεί η αρρώστια, λαμβάνονται τα πιο κάτω προστατευτικά μέτρα:

- Οι έγκυες, τα άτομα με καταστολή του ανοσοβιολογικού τους συστήματος ή που πάσχουν από έκζεμα δεν νοσηλεύουν τους αρρώστους αυτούς.
- Φοράει γάντια όταν κάνει οποιαδήποτε ένεση ή άλλη νοσηλεία, κατά την οποία έρχεται σε άμεση επαφή με εκκρίματα, απεκκρίματα και αίμα.
- Η νοσηλεία αρρώστων με αναπνευστικό σύνδρομο γίνεται με μέτρα αυστηρής απομονώσεως.
- Τραύμα από χρησιμοποιημένη βελόνη πρέπει να αποφεύγεται. Σε περίπτωση που θα συμβεί, ζητήστε οδηγίες από την αρμόδια υπηρεσία.
- Σε περίπτωση, που ο άρρωστος πεθάνει, η φροντίδα του νεκρού γίνεται με τα μέτρα που τηρήθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας του.

11. Άλλα μέτρα προστασίας του περιβάλλοντος, όταν νοσηλεύεται άρρωστος με τη νόσο του AIDS είναι τα εξής:

- Το υλικό των ενέσεων και οποιοδήποτε υλικό ήλθε σε επαφή με μολυσμένα εκκρίματα, απεκκρίματα κλπ. του αρρώστου, αντιμετωπίζεται όπως προβλέπεται στη "Βασικές Αρχές Νοσηλείας Αρρώστου με Δοιμώδες Νόσημα".
- Δείγματα ιστών, εκκρίσεων, απεκκρίσεων κ.ά. που στέλνονται σε εργαστήριο, έχουν ετικέττα με την ένδειξη "Κίνδυνος μολύνσεως" ή "Βιοκίνδυνος".
- Ο,τιδήποτε έχει λερωθεί με εκκρίματα, απεκκρίματα, ή αίμα του αρρώστου, πριν καθαρισθεί εμβρέχεται με διάλυμα sodium hypochlorite 1%.

3. Πρωτοζωϊκά Λοιμώδη Νοσήματα

3.α) Καλα-azar, ή Σπλαγγχνική λείσμανίαση

Δεν είναι καθόλου σπάνια στη χώρα μας, οφείλεται δε στην *Leishmania Donovani*, της οποίας φορείς είναι οι σκύλοι. Ο άνθρωπος μολύνεται μέσω των φλεβοτόμων και μετά από επώαση ημερών έως μηνών, εμφανίζεται υψηλός πυρετός σε δύο συνήθως πυρετικά κύματα ημερησίως, που το καθένα διαρκεί 2-3 ώρες και λύεται με εφίδρωση. Με την πάροδο των ημερών αναπτύσσεται αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία και διόγκωση του ήπατος και του σπληνός.

Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση λείσμανιών στον μυελό των οστών. Η θεραπεία περιλαμβάνει την χορήγηση οργανικών ενώσεων του αντιμονίου (*Glucantime*).

Η πρόγνωση είναι καλή.

3.β) Μελονοσία

Οφείλεται στα διάφορα είδη πλασμοδίων και μεταδίδεται στον άνθρωπο από τα δήγματα των ανωφελών κωνώπων, ή με την μετάγγιση μολυσμένου αίματος. Στη χώρα μας με την ευρεία εφαρμογή του DDT έχει εκλείψει και σποραδικές μόνον περιπτώσεις παρουσιάζονται, που οφείλονται στην μετάγγιση μολυσμένου αίματος. Εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό, εμέτους, κοιλιακά άλγη αναιμία και διόγκωση του σπλήνα.

Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση πλασμοδίων στο περιφερικό αίμα.

Θεραπεία: Φωσφορική χλωροκίνη (*aralen*) και για την πρόληψη των υποτροπών της νόσου πριμακίνη.

3.γ) Επίκτητος τοξοπλάσμωση

Οφείλεται στο τοξόπλασμα *Gondii* και μπορεί να προσβάλλει άτομα οποιασδήποτε ηλικίας. Προσβολή της εγκύου έχει σαν αποτέλεσμα την μετάδοση του τοξοπλάσματος στο έμβρυο και την πρόκληση συγγενούς τοξοπλάσμωσης. Μεταδίδεται είτε με την γάτα ή άλλα κατοικίδια ζώα, είτε με όχι καλά ψημένο κρέας.

Κλινική εικόνα: Η επίκτητος τοξοπλάσμωση μπορεί να είναι ασυμπτωματική. Άλλοτε όμως προκαλεί πυρετό, μυαλγίες, κακουχία, εξάνθημα, διόγκωση ήπατος και σπληνός, λεμφαδενίτιδα, χοριοαμφι-

βληστροειδίτιδα και σπανίως μυοκαρδίτιδα, πνευμονία και εγκεφαλίτιδα.

Η διαγνώση τίθεται με την δοκιμασία του κυανού του μεθυλενίου (Dye Test) με την οποία ανιχνεύονται τα αντισώματα κατά του τοξοπλάσματος.

Θεραπεία: Πυριμεθαμίνη (Daraprim) και σπειραμυσίνη (rondamycin) ή συνδυασμός σουλφισοξαζόλης και τριμεθοπρίμης (Septrin ή Bactrimel).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΕΣ ΝΟΣΗΜΑ

Η νοσηλεύτρια αρρώστου με λοιμώδες νόσημα πρέπει να μπορεί να απαντήσει σε ερωτήματα όπως:

1. Ποιά είναι η φύση του λοιμογόνου παράγοντα
2. Ποιός είναι ο υποδόχος (φορέας) του λοιμογόνου παράγοντα
3. Με ποιό τρόπο μεταδίδεται ο λοιμογόνος παράγοντας από τον υποδόχο.
4. Ποιά είναι η πιο πιθανή θύρα εισόδου του λοιμογόνου παράγοντα στον ανθρώπινο οργανισμό.
5. Με ποιές συνθήκες και για πόσο χρόνο μπορεί να ζήσει ο λοιμογόνος παράγοντας έξω από τον ξενιστή (Πίνακας 1)
6. Πώς μπορούμε να πετύχουμε ανοσία σε ένα λοιμογόνο παράγοντα και για πόσο χρόνο
7. Μέτρα προφυλακτικά που πρέπει να εφαρμόζει όταν νοσηλεύει άρρωστο με λοιμώδες νόσημα.

Η νοσηλεύτρια θα βοηθήσει να μην μεταδίδονται (διασπείρονται) τα λοιμώδη νοσήματα όταν:

1. Νοσηλεύει τον άρρωστο ακίνδυνα για τον εαυτό της και το περιβάλλον
2. Συμμετέχει ενεργά στο πρόγραμμα ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων του ιδρύματος που υπηρετεί.
3. Ανακαλύπτει περιπτώσεις (άρρωστους) με λοιμώδες νόσημα ή υποδόχους (φορείς) λοιμογόνων παραγόντων και ενεργεί ανάλογα.
4. Συμμετέχει στα προγράμματα προστασίας από τα λοιμώδη νοσήματα σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
5. Συνεργάζεται σε προγράμματα διαφωτίσεως του κοινού για την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και περιορισμό διασποράς λοιμωδών νοσημάτων.

Η απομόνωση του αρρώστου με λοιμώδες νόσημα, ένα από τα μέτρα περιορισμού της διασποράς του, επιτυγχάνεται όταν έχουμε υπόψη μας τα παρακάτω:

1. Τα δωμάτια με τα ιδιαίτερα λουτρά στα οποία νοσηλεύονται πάσχοντες από λοιμώδες νόσημα και το περιεχόμενό τους (έπιπλα, νοσηλευτικό υλικό κλπ.) θεωρούνται μολυσμένα.
2. Οι χώροι έξω από τα δωμάτια αυτά και τα αντικείμενα που υπάρχουν εκεί θεωρούνται καθαρά και πρέπει να διατηρούνται καθαρά.

3. Τα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο που βρίσκεται σε απομόνωση πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτική μπλούζα.
4. Μάσκα συνιστάται να χρησιμοποιείται σε νοσήματα που μεταδίδονται με σταγονίδια.
5. Μετά από χρήση μολυσμένων αντικειμένων και την εκτέλεση οποιασδήποτε νοσηλείας τα χέρια πλένονται με μεγάλη προσοχή. Να υπάρχουν κατάλληλοι νιπτήρες (νεροχύτες) για το πλύσιμο των χειρών, να έχουν βρύσες με ζεστό και κρύο νερό που η λειτουργία τους να ρυθμίζεται με το πόδι, υγρό σαπούνι, αντισηπτική διάλυση και χαρτοπετσέτες.
6. Οι συνθήκες διαμονής στην απομόνωση πρέπει να είναι υγιεινές άνετες και ευχάριστες.
7. Εφαρμογή της τρέχουσας απολυμάνσεως. Τρέχουσα απολύμανση καλείται η συνεχής απολύμανση των αντικειμένων τα οποία έρχονται σε άμεση επαφή μετά τον άρρωστο, το άμεσο περιβάλλον του (έπιπλα δωματίου, δάπεδο κλπ.) και τα εκκρίματά του, δηλαδή:
 - Το είδος των αντικειμένων κλπ. που πρέπει να απολυμανθούν καθορίζεται από τη φύση της αρρώστιας.
 - Όλα τα είδη μιας χρήσεως, σ' αυτά συμπεριλαμβάνεται και το επιδερμικό υλικό, συγκεντρώνονται σε καλυμμένα δοχεία και αποτεφρώνονται (καίγονται).
 - Μολυσμένα κόπρανα, ούρα, έμετοι, υπολείμματα τροφής, υγρά διαφόρα κ.ά. τοποθετούνται σε σκεπασμένα (καλυμμένα) δοχεία με αντισηπτική διάλυση, σε αραίωση και διάρκεια χρόνου που καθορίζονται στις προδιαγραφές του αντισηπτικού, πριν πεταχθούν/χυθούν στα απορρίματα/αποχέτευση.
 - Σκωραμίδες (δοχεία), ουροδοχεία κλπ. αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση.
 - Τα μολυσμένα λευχείατα (ιματισμός κρεβατιού) τοποθετούνται σε σάκκους χωριστά από τον άλλο ιματισμό, αποστειρώνονται σε κλίβανο πριν πλυθούν με τον υπόλοιπο ιματισμό ή πλένονται σε χωριστά πλυντήρια πολύ υψηλής θερμοκρασίας (150 C και πάνω).
 - Εργαλεία και άλλα αντικείμενα για να χρησιμοποιηθούν ακίνδυνα τοποθετούνται σε αντισηπτική διάλυση με αραίωση και για διάρκεια χρόνου που καθορίζονται από τις προδια-

Πίνακας 1. Επιδημιολογία, θεραπεία και έλεγχος των μεταδοτικών νοσημάτων¹

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσεως	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώσεως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
Αμοιβάδωση	Ενδοαμοιβάδα ιστολυτική	Μολυσμένο νερό και τροφές	Γαστρεντερικός σωλήνας	Ασθενείς και υποδοχείς κοπρανο-στοματική οδός	Ποικίλλει	Εμετική, χλωροκίνη, διυδροξυχλωροκίνη, χλωροτετρακυκλίνη	Ανεύρεση των φορέων (υποδόχων) και απομάκρυνσή τους από τρόφιμα. Έλεγχος του δικτύου υδρεύσεως.
Βακτηριδιακή δυσεντερία	Σιγκέλλες	Μολυσμένο νερό και τροφές	Γαστρεντερικός σωλήνας	Ασθενείς και υποδοχείς (φορείς). κοπρανο-στοματική οδός	24-48 ώρες	Αμπικιλλίνη, σουλφαδιαζίνη, χλωραμφαινικόλη	Ανεύρεση και έλεγχος των φορέων (υποδόχων), υγιεινομηκή εξέταση των διακινητών τροφίμων, απολύμανση του νερού. Εμβόλιο.
Βρουκελλώσεις	Βρουκέλλες (<i>B. melitensis</i> , <i>B. abortus</i> , <i>B. suis</i>)	Γάλα ή κρέας πασχόντων βοδιών, κατσίκιων, χοίρων	Γαστρεντερικός σωλήνας	Από το στόμα με τη χρησιμοποίηση μολυσμένου κρέατος ή γάλακτος, διακοπή συ-	7-21 μέρες	Τετρακυκλίνη, στρεπτομυκίνη	Παστερίωση γάλακτος, έλεγχος της λοιμώξεως στα ζώα (εμβολιασμός).

1. Οι πληροφορίες που δίνονται στον πίνακα αυτό συνεχώς διαφοροποιούνται με τα νέα πορίσματα ερευνών και τα σημερινά δεδομένα

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσεως	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώσεως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
Μαλακό έλκος	Βάκιλλος Dugrey	Άρρωστοι άνθρωποι και φορείς	Γεννητικά όργανα	Σεξουαλική επαφή	2-5 μέρες	Σουλφαδιαζίνη, στρεπτομυκίνη, χλωραμφαινικόλη, τετρακυκλίνη	Ανεύρεση και θεραπεία της εστίας λοιμώξεως.
Ανεμειλογιά	Ίός	Άρρωστοι άνθρωποι	Πιθανόν ρινοφάρυγγας	Πιθανόν με τα σταγονίδια, από το αναπνευστικό σύστημα	14-16 μέρες	Καμία	Απομόνωση πάσχοντα.
Διφθερίτιδα	Κορυνοβακτηρίδιο της διφθερίτιδας	Άρρωστοι άνθρωποι και φορείς, τροφές, μολυσμένα αντικείμενα	Ρινοφάρυγγας	Ρινικές (μύτης) και στοματικές εκκρίσεις, σταγονίδια από αναπνευστικό σύστημα	2-5 μέρες	Διφθεριτική αντιτοξίνη, πενικιλίνη	Χορήγηση διφθεριτικής ανατοξίνης ή μίγμα τοξίνης-αντιτοξίνης, κάθαρση αρρώστων, απολύμανση φορέων (υποδόχων).
Εγκεφαλίτιδα επιδημική (Ίππιοι εγκεφαλίτιδες Western & Eastern)	Ίοι	Ακάρεα ορνίθων και άγριων πουλιών, άλογα, ερπετά	Δέρμα	Κουνούπια	Ποικίλλει	Καμία	Φορμολούχα εμβόλια ιών.

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσης	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώσεως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
Ερυθρά (German measles)	Ιός	Άρρωστοι άνθρωποι (κατά το πρόδρομο στάδιο)	Πιθανόν ρινοφάρυγγας	Πιθανόν σταγονίδια από το αναπνευστικό σύστημα	14-21 μέρες	Καμία	Απομόνωση του πάσχοντα αν ζει με εγκυμονούσα γυναίκα. εμβολιασμός (εμβόλιο ερυθράς).
Βλεννόρροια	Ναιστέρια ή γονοκοκκική	Εκκρίσεις ουρήθρας και κόλπου	Βλεννογόνοι ουρήθρας ή κόλπου, φάρυγγα και εντέρου	Σεξουαλική επαφή	2-9 μέρες	Πενικιλίνη	Χημειοθεραπεία των φορέων και των ύποπτων φορέων. ανεύρεση της εστίας λοιμώξεως και θεραπεία των πασχόντων.
Βουβωνικό κοκκίωμα	Σωματίδια (μικρόβια) του Donovan	Λοιμογόνα εξιδρώματα	Έξω γεννητικά όργανα, τράχηλος μήτρας	Σεξουαλική επαφή	Άγνωστος, πιθανόν 8-80 μέρες	Χλωραμφαινικόλη, τετρακυκλίνες, στρεπτομικίνη	Χημειοθεραπεία των φορέων και των ύποπτων φορέων. ανεύρεση της εστίας λοιμώξεως και θεραπεία των πασχόντων.
Επιδημική ηπατίτιδα	Ιός της επιδημικής ηπατίτιδας (A)	Άμεση επαφή, μολυσμένες τροφές, κόπρανα, σύρα, αίμα	Γαστρεντερικός σωλήνας, δέρμα	Κοπρανοστοματική οδός, παρεντερική	2-6 εβδομάδες	Καμία	Προφυλακτικά μέτρα σε πάσχοντες (ότι έχει σχέση με το αίμα και τον εντερικό σωλήνα). Χορήγηση γ-σφαιρίνης.

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσης	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώσεως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
Ηπατίτιδα από ομόλογο ορό	Ιός της ηπατίτιδας από ομόλογο ορό (B)	Άρρωστος αιμοδότης, μολυσμένες συσκευές ενέσεως	Δέρμα	Παρεντερικά από το μολυσμένο αίμα ή των παραγώγων του, μολυσμένο υλικό, σεξουαλική επαφή	6 εβδομάδες έως 6 μήνες	Καμία	Υποχρεωτική εξέταση των αιμοδοτών, αποφυγή άσκοπης μεταγγίσεως αίματος και υποκαταστάτων αυτού, χορήγηση γ-σφαιρίνης σ' αυτούς που τους γίνεται μετάγγιση αίματος.
Λοιμώδης μονοπυρήνωση	Ιός Epstein Barr	Άρρωστοι άνθρωποι και φορείς	Στοματική κοιλότητα	Αβέβαιος. Πιθανόν από το στόμα, φαρυγγική οδός, από μετάγγιση αίματος	2-6 εβδομάδες	Καμία	Καμία
Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα	Chlamydia trachomatis	Άρρωστοι άνθρωποι	Έξω γεννητικά όργανα, βλεννογόνοι της ουρήθρας και του κόλπου	Σεξουαλική επαφή. Έμμεση επαφή με μολυσμένο ιματισμό και αντικείμενα	5-21 μέρες	Τετρακυκλίνες	Ανεύρεση εστίας και θεραπεία της λοιμώξεως.

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσας	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώασως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
Ελονοσία	Πλασμώδια (viva, faeciparum, malariae και onale)	Άρρωστοι άνθρωποι	Δέρμα	Κουνούπια (ανωφελής)	Ποικίλλει. Εξαρτάται από τον κύκλο και τη φάση του πλασμωδίου	Χλωροκίνη, πριμακίνη, παλουδρίνη, ατεμπρίνη, κινίνη	Συστηματικά μέτρα για τον έλεγχο των κουνούπιων, σε ευρεία κλίμακα, ανεύρεση και αποθεραπεία των περιπτώσεων.
Ίλαρά	Ίος	Άρρωστοι άνθρωποι	Βλεννογόνος αναπνευστικού	ΡΙνοφαρυγγικές εκκρίσεις	8-13 μέρες	Καμία	Εμβόλιο Ίλαρας
Κοκκύτης	Αιμόφιλος του κοκκύτη	Άρρωστοι άνθρωποι	Αναπνευστική οδός	Μολυσμένες βρογχικές εκκρίσεις	Συνήθως 7 μέρες	Ερυθρομυκίνη, αμπικιλίνη (για πρόληψη επιπλοκών όχι θεραπεία)	Ενεργητική ανοσοποίηση με εμβολιασμό. Απομόνωση του πάσχοντα.
Μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα	Ναϊσσέρια η μηνιγγιτιδοκοκκική	Άρρωστοι άνθρωποι και φορείς	ΡΙνοφάρυγγας, αμυγδαλές	Σταγονίδια από το αναπνευστικό σύστημα	2-7 μέρες	Πενικιλίνη ενδοφλέβια, χλωραμφαινικόλη (αμπικιλίνη χωρίς αποτέλεσμα)	Για τα άτομα με μεγάλο κινδύνου γίνεται εμβόλιο μηνιγγιτιδοκοκκικού πολυσακχαρίτη, ριφαμπικίνη για τους φορείς.

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσας	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώασως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
Επιδημική παρωτίτιδα	Ίος	Άρρωστοι άνθρωποι (στο πρόδρομο στάδιο)	Ανώτερη αναπνευστική οδός	Σταγονίδια από το αναπνευστικό σύστημα	12-26 (μέσος όρος 18 μέρες)	Καμία	Εμβόλιο παρωτίτιδας.
Σαλμονελλώσεις, τυφοειδής πυρετός, παρατυφος	Σαμονέλλες του τύφου και παρατύφου Α και Β	Μολυσμένα τρόφιμα και νερό, και ασκευές υποκλυσμών	Γαστρεντερικός σωλήνας	Ούρα και κόπρανα πασχόντων	7-24 μέρες	Χλωραμφαινικόλη, τετρακυκλίνη, αμπικιλίνη, σουλφαμεθοξαζόλη τριμεθοπρίμη	Έλεγχος του δικτύου υδρεύσεως, των παρασκευαστών και διακινητών τροφίμων, θεραπεία των φορέων, εμβόλιο τύφου και παρατύφου Α και Β.
Πνευμονοκοκκική πνευμονία	Πνευμονιόκοκκος, στρεπτόκοκκος	Φορείς (άνθρωποι), φάρυγγας του πάσχοντα	Βλεννογόνοι αναπνευστικού συστήματος	Σταγονίδια από το αναπνευστικό σύστημα	Ποικίλλει	Πενικιλίνη	Έλεγχος των λοιμώξεων της ανώτερης αναπνευστικής οδού, αποφυγή χρησιμοποίησης μεγάλης ποσότητας οινοπνευματωδών ποτών.
Πολιομυελίτιδα	Ίοι (τύποι I, II, III)	Άρρωστοι άνθρωποι και φορείς	Γαστρεντερικός σωλήνας	Κόπρανα και φαρυγγικά εκκρίματα αρρώστου	7-12 μέρες	Καμία	Εφαρμογή σε ευρεία κλίμακα του εμβολίου του Salk (παρε-

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσεως	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώσεως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
							ντερικως) ή Sabin (από το στόμα), απομόνωση του αρρώστου.
Κηλιδώδης πυρετός των βραχωδών ορέων	Ρικέτσια rickettsii	Άρρωστοι άγρια τρωκτικά, σκύλοι, κρότωνες (των δένδρων και των σκυλιών)	Δέρμα	Νύγματα (τσιμπήματα) κροτώνων (τσιμπουριών)	3-10 μέρες	Τετρακυκλίνες, χλωραμφαινικόλη	Αποφυγή μολυσμένων περιοχών, ή χρήση προστατευτικών ρούχων, συχνή αναζήτηση των κροτώνων και άμεση απομάκρυνσή τους από το σώμα, ειδικός εμβολιασμός σ' όσους έχουν εκτεθεί σε κίνδυνο μόλυνσεως.
Οστρακιά	Αιμολυτικός στρεπτόκοκκος	Άρρωστοι άνθρωποι, μολυσμένα τρόφιμα	Φάρυγγας	Ρινοκίτες και στοματικές εκκρίσεις	3-5 μέρες	Πενικιλίνη	Απομάκρυνση του αρρώστου, χορήγηση προφυλακτικώς πενικιλίνης, τήρηση ασηψίας κατά τη διάρκεια γυναικολογικών

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσεως	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώσεως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
							επεμβάσεων. Ειδική χημειοθεραπεία του αρρώστου από στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις.
Σύφιλη	Ωχρό τρεπόνημα	Λοιμογόνα εξιδρώματα ή αίμα	Έξω γεννητικά όργανα, τράχηλος μήτρας, βλενογονόι, πλακούντας	Σεξουαλική επαφή. Άμεση επαφή με ανοικτές θλάδες. Μεταγγίσεις αίματος. Διαπλακούντιος ενοφθαλμισμός	10-70 μέρες	Πενικιλίνη, τετρακυκλίνη, ερυθρομικίνη	Ανεύρεση της εστίας λοιμώξεως με τις συνηθισμένες ορολογικές δοκιμασίες και άλλες μέθοδοι και επαρκής θεραπεία των πασχόντων.
Τέτανος	Κλωστηρίδιο του τετάνου	Μολυσμένο έδαφος (χώμα)	Νυγμώδη και θλαστικά τραύματα, όταν ελθουν σε επαφή με μολυσμένο χώμα	Κόπραντα ίππων και βοοειδών	2-21 μέρες (μ. όρ. 10 μέρες)	Ανθρώπινη τετανική ανατοξίνη, πενικιλίνη	Καθαρισμός του τραύματος, χορήγηση αναμνηστικής δόσεως ανατοξίνης (για άτομα που εμβολιάστηκαν επαρκώς στο παρελθόν) και χορήγηση τετανικής αντιτοξίνης και πενικιλίνης (σε

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσεως	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώασεως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
							άτομα που δεν έχουν εμβολιασθεί στο παρελθόν, ή είναι ανεπαρκώς εμβολιασμένα).
Φυματίωση	Μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης	Πτύελα αρρώστου, γάλα άρρωστης αγελάδας	Βλεννογόνος αναπνευστικού συστήματος	Πτύελα, σταγονίδια από το αναπνευστικό σύστημα	Ποικίλλει	Ισονιαζίδη, στρεπτομυκίνη, παρααμινοσαλικυλικό οξύ, ριφαμπικίνη ή αιθαμπουτόλη	Έγκαιρη ανεύρεση και επαρκής θεραπεία των εν ενεργεία περιστατικών, παστερίωση του γάλακτος.
Τουλαραιμία	Τουλαραιμικό βακτηρίδιο (<i>Pasteurella tularensis</i>)	Άγρια τρωκτικά και κουνέλια	Μάτια, δέρμα, γαστρεντερικός σωλήνας	Χειρισμός μολυσμένων ζώων, χρησιμοποίηση κρέατος μολυσμένου ζώου, μη καλά ψημένο. Χρησιμοποίηση μολυσμένου νερού, δαγκώματα από μολυσμένες μύγες ή τσιμπούρι	1-10 μέρες	Στρεπτομυκίνη, τετρακυκλίνες	Χρησιμοποίησε λαστιχένια γάντια όταν έρχεσαι σε επαφή με ζώα που υπάρχει πιθανότητα να είναι μολυσμένα. Απόφευγε επαφή με τρωκτικά που υπάρχει πιθανότητα να είναι μολυσμένα. Το κρέας των άγριων ζώων πριν χρησιμοποιηθεί να ψήνε-

Αρρώστια	Λοιμογόνος παράγοντας	Πηγή μόλυνσεως	Πύλη (πόρτα) εισόδου	Τρόπος μεταδόσεως	Χρόνος επώασεως	Χημειο-θεραπεία	Προφύλαξη
							ται πολύ καλά, ο εμβολιασμός κυνηγών, κρεοπωλών και υπαλλήλων εργαστηρίων σχετικών επειδή κινδυνεύουν από τη μακροχρόνια έκθεση σε πηγή μόλυνσεως.
Γρίπη	Ίός (τύποι Α και Β)	Άρρωστοι άνθρωποι, ζώα υποδοχείς	Αναπνευστικό σύστημα	Αναπνευστική οδός	24-72 ώρες	Καμία	Εμβόλιο αντιγριπτικό.
Τυφοειδής πυρετός	Σαλμονέλλα του τύπου	Μολυσμένες τροφές και νερό	Γαστρεντερικός σωλήνας	Ούρα και κόπρανα πασχόντων	1-3 εβδομάδες	Χλωραμφαινικόλη, αμπικιλίνη, σουλφα-μεθοξαζόλη-τριμεθοπρίμη	Απολύμανση των πηγών του νερού, παστερίωση του γάλακτος, εμβολιασμός ευπαθών ατόμων, έλεγχος των φορέων.
Εξανθηματικός τύφος, ενδημικός	Rickettsia typhi (mosseri)	Άρρωστα τρωκτικά	Δέρμα	Νύγματα (τσιμπήματα) ψύλλων	1-2 εβδομάδες	Τετρακυκλίνη, χλωραμφαινικόλη	Αποφθέριση (καταστροφή των ψευιδίων), λοιμοκαθαρισμός.

Πηγή: Brunner, Suddarth, 1986, με μερικές διαφοροποιήσεις και προσθήκες.

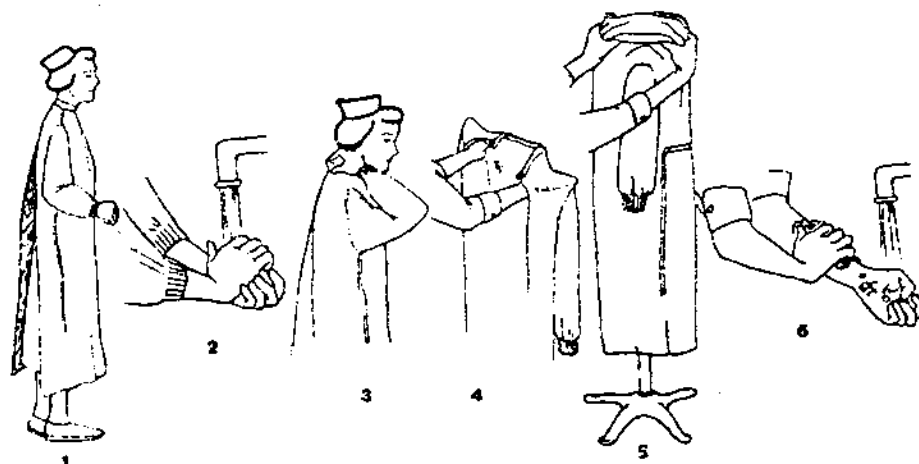
γραφές του αντισηπτικού, καθαρίζονται με το γνωστό τρόπο και, τέλος, αποστειρώνονται.

- Το δάπεδο καθαρίζεται με διάλυμα αντισηπτικού και γίνεται υγρό ξεσκόνισμα τοίχων και επίπλων με αντισηπτική ουσία.
8. Εφαρμογή της τελικής απολυμάνσεως του δωματίου μετά το τέλος της νοσηλείας του αρρώστου με λοιμώδες νόσημα. Αυτή επιτυγχάνεται με:
- Τον καθαρισμό, δηλαδή ανοίγονται τα παράθυρα έτσι εκτίθεται το εσωτερικό του δωματίου στο φως του ήλιου και τον αέρα για 12-24 ώρες, γίνεται υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων με αντισηπτική διάλυση, καθαρίζονται οι τοίχοι και το δάπεδο με αντισηπτική σαπνούχο διάλυση ή υδατοχρωματίζονται οι τοίχοι και αποτεφρώνονται ή απολυμαίνονται τα διάφορα μολυσμένα αντικείμενα.
 - Τη φορμόλη. Διάφορα αντικείμενα απλώνονται στο δωμάτιο (πχ. κρέμασμα κουβερτών σε σχοινί) έτσι ώστε οι ατμοί της φορμόλης να τα διαπερνούν, κλείνεται το δωμάτιο αεροστεγώς, από την κλειδαριά της πόρτας διοχετεύεται στο δωμάτιο ατμός φορμόλης (το ποσό της φορμόλης προσδιορίζεται σε σχέση με το εμβαδόν του δωματίου). Το δωμάτιο παραμένει κλειστό 24 ώρες, κατόπιν αερίζεται, καθαρίζεται και είναι κατάλληλο και ακίνδυνο να χρησιμοποιηθεί από άλλον άρρωστο.
9. Τα έπιπλα του θαλάμου περιορίζονται στα πιο απαραίτητα, είναι απλά στην κατασκευή και ελαιοχρωματισμένα.
10. Αντικείμενα νοσηλειών με τα οποία μπορεί να μεταδοθεί ο λοιμογόνος παράγοντας σε άλλο άτομο όπως το δοχείο, το θερμόμετρο κ.ά. στον άρρωστο με τυφοειδή πυρετό, παραμένουν στο θάλαμο του αρρώστου ή το λουτρό του δωματίου.
11. Η προφυλακτική μπλούζα, που δεν αλλάζει σε κάθε χρήση, τοποθετείται στο δωμάτιο του αρρώστου και χρησιμοποιείται με τη τεχνική που αναφέρεται στις εικόνες 1 και 2.
12. Εάν ο άρρωστος με λοιμώδες νόσημα νοσηλεύεται, από ανάγκη, στο ίδιο δωμάτιο με άλλο ή με άλλους αρρώστους που δεν πάσχουν από λοιμώδες νόσημα, πρέπει να ακολουθούνται τα πιο κάτω μέτρα:



- Εικ. 1 Τεχνική ενδύσεως (φορέματος) προφυλακτικής μπλούζας
- (1) Βάλτε τα χέρια σας στο εσωτερικό της προφυλακτικής μπλούζας. Πάρτε την από την κρεμάστρα και φορέστε την. (2) Στερεώστε το πάνω κορδόνι της προφυλακτικής μπλούζας. (3) Τις εσωτερικές επιφάνειες των άκρων στο πίσω μέρος της προφυλακτικής μπλούζας, τις φέρνετε μια πάνω στην άλλη, σχηματίζετε κύλινδρο μ' αυτές και στερεώνετε τη ζώνη. (4) Η νοσηλεύτρια είναι έτοιμη να προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο με λοιμώδες νόσημα.

- Ο άρρωστος με λοιμώδες νόσημα νοσηλεύεται σε κρεβάτι που βρίσκεται στη γωνιά του θαλάμου. Το κρεβάτι απομονώνεται με παραβάν στο οποίο υπάρχει πινακίδα που γράφει: "Μην πλησιάζετε το κρεβάτι για να προφυλάξετε τον εαυτό σας".
- Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με λοιμώδες νόσημα δίνεται μετά την ολοκλήρωση της νοσηλευτικής φροντίδας των άλλων αρρώστων του θαλάμου εκτός αν η κατάσταση του αρρώστου με λοιμώδες νόσημα απαιτεί προτεραιότητα.



- Εικ. 2. Τεχνική αποδύσεως (βγάλσιμο) προφυλακτικής μπλούζας.
- (1) Ελευθερώστε τη ζώνη. (2) Ανεβάστε τις μανσέτες και πλύντε τα χέρια σας. (3) Ελευθερώστε (λύστε) το πάνω κορδόνι της μπλούζας. (4) Αφαιρέστε την προφυλακτική μπλούζα, διπλώστε την στα δύο διατηρώντας το καθαρό μέρος στο εσωτερικό. (5) Κρεμάστε την προφυλακτική μπλούζα με το ακάθαρμο (μολυσμένο) μέρος προς τα έξω. (6) Πλύντε τα χέρια σας με μεγάλη επιμέλεια.

**ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ
Ή ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ – ΜΕΤΡΑ ΑΠΟΜΟΝΩΣΕΩΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΩΣ
ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

Αυστηρή απομόνωση: Για την αυστηρή απομόνωση λαμβάνονται τα πιο κάτω μέτρα:

- Ατομικό δωμάτιο (απαραίτητο). Οι πόρτες του δωματίου διατηρούνται κλειστές
- Προφυλακτική μπλούζα χρησιμοποιείται από οποιονδήποτε μπαίνει στο δωμάτιο
- Μάσκα χρησιμοποιείται από οποιονδήποτε μπαίνει στο δωμάτιο.
- Τα χέρια πλένονται στην είσοδο και έξοδο από το δωμάτιο.
- Γάντια χρησιμοποιούνται από οποιονδήποτε μπαίνει στο δωμάτιο
- Αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν περιτυλίγονται με καθαρό υλικό πριν σταλούν στο τμήμα κεντρικής αποστειρώσεως (αν δεν υπάρχει τμήμα κεντρικής αποστειρώσεως λαμβάνονται τα μέτρα, που αναφέρθηκαν πιο πάνω).

Νοσήματα που πρέπει να νοσηλεύονται με αυστηρή απομόνωση

1. Άνθρακας
2. Εγκαύματα που μολύνθηκαν με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ή την ομάδα Α στρεπτόκοκκου
3. Σύνδρομο ερυθράς εκ γενετής
4. Διφθερίτιδα
5. Σταφυλοκοκκική με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ή της ομάδας Α στρεπτόκοκκική πνευμονία
6. Μολύνσεις δέρματος από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ή στρεπτόκοκκο της ομάδας Α
7. Ευλογιά
8. Λύσσα
9. Πανώλης
10. Ανεμοβλογιά

Μέτρα απομονώσεως όταν η αρρώστια μεταδίδεται από την αναπνευστική οδό:

- Ατομικό δωμάτιο (απαραίτητο). Οι πόρτες του δωματίου διατηρούνται κλειστές
- Προφυλακτική μπλούζα δεν είναι απαραίτητη
- Μάσκα χρησιμοποιείται από οποιονδήποτε μπαίνει στο δωμάτιο, εκτός αν το άτομο δεν είναι ευπαθές στο λοιμογόνο παράγοντα
- Τα χέρια πλένονται κατά την είσοδο και την έξοδο από το δωμάτιο
- Γάντια δεν είναι απαραίτητα.
- Αντικείμενα που μολύνθηκαν από εκκρίσεις της αναπνευστικής οδού πρέπει να απολυμαίνονται.

Νοσήματα που χρειάζονται την απομόνωση αυτή είναι:

1. Μηνιγγοκοκκική μηνγγίτιδα
2. Ιλαρά
3. Μηνιγγοκοκκαιμία
4. Επιδημική παρωτίτιδα
5. Κοκκύτης
6. Ερυθρά
7. Πνευμονική φυματίωση με θετικά πτύελα.

Προφυλακτική απομόνωση

- Ατομικό δωμάτιο (απαραίτητο) Οι πόρτες του δωματίου διατηρού-

νται κλειστές.

- Προφυλακτική μπλούζα χρησιμοποιείται από οποιονδήποτε μπαίνει στο δωμάτιο.
- Μάσκα χρησιμοποιείται από οποιονδήποτε μπαίνει στο δωμάτιο
- Τα χέρια πλένονται κατά την είσοδο και την έξοδο από το δωμάτιο.
- Γάντια χρησιμοποιούνται από τα άτομα που έχουν άμεση επαφή με τον άρρωστο.
- Τα αντικείμενα περιτυλίγονται με καθαρό υλικό και στέλνονται στην κεντρική αποστείρωση. Αν δεν υπάρχει κεντρική αποστείρωση λαμβάνονται τα μέτρα που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Καταστάσεις που πιθανόν χρειάζονται προστατευτική απομόνωση είναι:

1. Ακοκκιοκυτταραιμία
2. Εκτεταμένα μη μολυσμένα εγκαύματα
3. Λέμφωμα, οξεία λευχαιμία, νόσος του Hodgkin
4. Εκτεταμένες δερματίτιδες.

Προφυλάξεις όταν το νόσημα μεταδίδεται από τον εντερικό σωλήνα:

- Ατομικό δωμάτιο είναι απαραίτητο μόνο για τα παιδιά
- Προφυλακτική μπλούζα χρησιμοποιείται από οποιονδήποτε έχει άμεση επαφή με τον άρρωστο.
- Μάσκα δεν είναι απαραίτητη
- Τα χέρια πλένονται κατά την είσοδο και έξοδο από το δωμάτιο
- Γάντια χρησιμοποιούνται από οποιονδήποτε έρχεται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο ή μολυσμένα αντικείμενα με κόπρανα.
- Αντικείμενα: ειδική φροντίδα λαμβάνεται για τα αντικείμενα που μολύνθηκαν από κόπρανα ή ούρα και περιλαμβάνει την απολύμανση ή και την αποτέφρωσή (κάψιμο) τους.

Νοσήματα για τα οποία λαμβάνονται τα πιο πάνω προφυλακτικά μέτρα είναι:

1. Χολέρα
2. Διάρροια μικροβιακής αιτιολογίας
3. Σταφυλοκοκκική εντεροκολίτιδα
4. Γαστρεντερίτιδα που την προκαλούν
 - Εντεροπαθογόνος ή εντεροτοξική Escherichiacoli (Κολοβα-

κτηριδιακή Escherichia)

- Σαλμονέλλα
- Σιγκέλλα
- Εντεροκολική Yersinia
- Επιδημική και από ομόλογο ορό ηπατίτιδα (ιός τύφου Α, Β)
- Τυφοειδής πυρετός (σαλμονέλλα του τύφου).

Προφυλακτικά μέτρα για την πρόληψη διασποράς λοιμογόνου παράγοντα από το δέρμα ή το τραύμα:

- Ατομικό δωμάτιο (προτιμάται)
- Προφυλακτική μπλούζα χρησιμοποιείται από οποιονδήποτε έρχεται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο
- Μάσκα δεν είναι απαραίτητη εκτός από την ώρα της αλλαγής του τραύματος
- Τα χέρια πλένονται κατά την είσοδο και την έξοδο από το δωμάτιο
- Γάντια χρησιμοποιούνται κατά την ώρα της άμεσης επαφής με τη μολυσμένη περιοχή
- Αντικείμενα: Προστατευτικά μέτρα λαμβάνονται για τα όργανα, υλικό περιποιήσεως του τραύματος και τον ιματισμό (λευχέματα).

Νοσήματα για τα οποία λαμβάνονται τα πιο πάνω προφυλακτικά μέτρα είναι:

1. Εγκαύματα που έχουν μολυνθεί. Δεν συμπεριλαμβάνονται τα εγκαύματα που έχουν μολυνθεί από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ή στρεπτόκοκκο της ομάδας Α και δεν είναι μολυσμένα ή καλά επιδεμένα (αυστηρή απομόνωση)
2. Αεριογόνος γάγγραινα (που οφείλεται στο κλωστηρίδιο *perfringens*)
3. τοπικός έρπητας ζωστήρας
4. Μαλεοειδής ή ψευδόμαλις, εξωπνευμονικό συρίγγιο με έκκριση
5. Βουβωνική πανώλης
6. Περιφερική σηψαιμία από στρεπτόκοκκο της ομάδας Α, με έκκριση από τον κόλπο.
7. Τραύματα και φλεγμονές δέρματος που δεν καλύπτονται με επιδεσμικό υλικό ή έχουν άφθονη πυώδη έκκριση που δεν κατακρατείται από το επιδεσμικό υλικό, και εφόσον δεν έχουν μολυνθεί με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ή στρεπτόκοκκο της ομάδας Α.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

Πρόγραμμα I			Πρόγραμμα II		
Ηλικία	Εμβόλιο	Δόση	Ηλικία	Εμβόλιο	Δόση
3 μηνών	Τριπλό (Διφθερίτιδος + τέτανου & κοκκύτου)	1	6 μηνών	Τριπλό + Πολυομελίτιδας	1
	Πολυομελίτιδας (Sabin)	1			
Μεσοδιάστημα 4 - 6 εβδομάδες					
4 - 5 μηνών	Τριπλό	2	7 - 8 μηνών	Τριπλό +	2
	Πολυομελίτιδας	2		Πολυομελίτιδος	2
Μεσοδιάστημα 4 - 6 μήνες					
9 - 12 μηνών	Τριπλό	3	12 - 14 μηνών	Τριπλό +	3
	Πολυομελίτιδας	3		Πολυομελίτιδος	3
Δεύτερος χρόνος της ζωής	(Συνήθως 13 μηνών)	Ιλαράς			
5 χρονών	Διπλό (Διφθερίτιδας - τετάνου +	4	5 χρονών	Διπλό +	4
	Πολυομελίτιδας			Πολυομελίτιδος	
10 - 13 χρονών	Φυματώσεως				
11 - 14 χρονών όλα τα κορίτσια	Ερυθράς (όλα τα κορίτσια)				
15 - 19 χρονών	Αντιτετανικό + Πολυομελίτιδας	5			

Σημ.

Στις περιπτώσεις εκείνες όπου αντενδείκνυται η χρησιμοποίηση του τριπλού, δίνεται το διπλό εμβόλιο (Διφθερίτιδας - τετάνου) από την αρχή, με την ίδια σειρά που περιγράφεται στον πίνακα.

Για παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα τα αρχικά εμβόλια γίνονται σε ηλικία που είναι ανάλογη των τριών ή έξι μηνών μετά την αναμενόμενη ημερομηνία γέννησης (Αυτό σημαίνει ότι η ηλικία υπολογίζεται, όχι από τότε που γεννήθηκε, αλλά από τότε που θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί).

να γίνεται, αν έχουν περάσει περισσότερα από 5 χρόνια από την τελευταία δόση.

Ο εμβολιασμός πρέπει να αναβληθεί αν ένα παιδί πάσχει από εμπύτερη κατάσταση ή αρρώστια. Το κοινό κρυολόγημα χωρίς πυρετό δεν αποτελεί αντένδειξη για εμβολιασμό.

Σε νοεγέννητα μωρά η καλύτερη προφύλαξη από τον κοκκύτη είναι η αποφυγή επαφής των οικίων με άτομα που βήχουν. Το αντικοκκυτικό εμβόλιο αντενδείκνυται μόνο όταν συντρέχουν ειδικοί λόγοι που περιγράφονται παρακάτω.

Η εκτενέστερη περιγραφή των εμβολιασμών που ακολουθεί νομίζω πως θα λύσει τις διάφορες απορίες κάθε ενδιαφερομένου.

Διφθερίτιδα: Κατά το τέλος της δεκαετίας του 1800 η διφθερίτιδα ήταν η κυριότερη αιτία θανάτου στα παιδιά. Η χρησιμοποίηση των εμβολίων άρχισε από τον W.H. Park στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, και είχε σαν αποτέλεσμα από τα 100.000 παιδιά που νοσούσαν με διφθερίτιδα κάθε χρόνο, από τα οποία πέθαιναν 15.000 πριν από το 1925, να αναφέρονται 307 περιπτώσεις διφθερίτιδας το 1975, εκ των οποίων πέντε μόνον θάνατοι. Η νόσος σήμερα έχει εξαφανιστεί τελείως σε πολλές χώρες λόγω του συστηματικού εμβολιασμού που εφαρμόζεται. Το εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας γίνεται μαζί με το αντιτετανικό (διπλό), ή μαζί με το αντιτετανικό και αντικοκκυτικό (τριπλό). Το εμβόλιο δεν πρέπει να γίνεται σ' ένα άρρωστο από οποιαδήποτε αιτία παιδί, αλλά όταν έχει αναρρώσει. Οι αντιδράσεις του οργανισμού μετά τον εμβολιασμό είναι ήπιες. Μπορεί να υπάρξει ένα πυρέτιο, κάποια καταβολή δυνάμεων και καμιά φορά ένας τοπικός ερεθισμός στη θέση του εμβολιασμού, μαζί μ' ένα μικρό οίδημα (πρήξιμο) το οποίο ίσως να παραμείνει για μερικές ημέρες. Στην περίπτωση αυτή συνιστώνται χλιαρές κομπρέσες, κατά προτίμηση με χαμομήλι, και λήψη παυσίπονων φαρμάκων σε μορφή σιροπιών ή υπόθετων.

Τέτανος: Παρόλο ότι ο τέτανος είναι απόρροια μεγάλων και ακάθαρτων τραυμάτων, ένα 40 με 50% των περιπτώσεων είναι αποτέλεσμα πληγών, οι οποίες ήταν τόσο αμελητέες που δεν χρειάστηκαν ιατρική εξέταση. Χαρακτηριστικά αναφέρω ότι σε ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων δεν υπήρξε καν εμφανής πληγή.

Σ' όλο τον κόσμο προκαλούνται πιθανόν 100.000 θάνατοι από τέτανο κάθε χρόνο 30% απ' αυτούς ανήκουν σε νοεγέννητα και προήλθαν από μόλυνση του ομφαλικού κολοβώματος, γιατί αμέσως μετά

τον τοκετό χρησιμοποιήθηκαν βρώμικα εργαλεία για την αποκοπή του ομφαλού (ομφάλιου λώρου). Ευτυχώς σε ανεπτυγμένες χώρες ο τέτανος δεν παρατηρείται συχνά σε μωρά και μικρά παιδιά.

Το αντιτετανικό εμβόλιο μπορεί να οδθεί μόνο του ή μαζί με το αντιδφθεριτικό, όπως είπα προηγουμένως (διπλό), ή μαζί με το αντιδιφθεριτικό και το αντικοκκυτικό και είναι γνωστό σαν τριπλό. Μετά την ένεση που γίνεται ενδομυϊκώς, στο χέρι, στο πόδι ή στους γλουτούς, ενδεχομένως να υπάρξει ή να δημιουργηθεί ένα μικρό οίδημα (πρήξιμο) και λίγος πόνος σε εκείνο το σημείο. Η χρήση του εμβολίου αυτού, όπως και των άλλων, είναι προληπτική. Όταν ολοκληρωθεί ο κύκλος που αναφέρεται στον πίνακα, μπορεί να επαναλαμβάνεται κάθε 8-10 χρόνια.

Εκείνο που πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί, είναι το γεγονός ότι όλες οι πληγές είναι επιρρεπείς σε τέτανο, πρέπει να καθαρίζονται καλά και να απομακρύνονται τα ξένα σώματα. Για άτομα που είχαν μια πλήρη σειρά εμβολιασμών (τέσσερις αρχικές δόσεις) στις χρονικές πειρόδους που αναφέρονται στον πίνακα, δεν είναι απαραίτητος ο επανεμβολιασμός σε περίπτωση τραυματισμού, εφόσον δεν έχει περάσει τουλάχιστον μια πενταετία από το τελευταίο εμβόλιο. Αυτό αφορά, φυσικά το διάστημα μεταξύ της τέταρτης και της πέμπτης δόσης. Η πέμπτη δόση, ως γνωστόν, γίνεται στην ηλικία των 15 χρόνων. Μετά την ηλικία αυτή το εμβόλιο επαναλαμβάνεται κάθε δέκα χρόνια, και επομένως, οποιοσδήποτε τραυματισμός μέσα στο χρονικό αυτό διάστημα δεν χρειάζεται να καλύπτεται με νέο αντιτετανικό εμβόλιο. Φυσικά όλα αυτά προϋποθέτουν περιποίηση των πληγών και ανάλογη αντιμετώπιση των διαφόρων τραυμάτων. Αν ένα παιδί δεν έχει εμβολιασθεί καθόλου προηγουμένως, τότε σε περίπτωση τραυματισμού γίνεται ένα αντιτετανικό εμβόλιο στο ένα χέρι, ενώ στο άλλο γίνεται συγχρόνως αντιτετανικός ορός. Έτσι επιτυγχάνουμε δύο σκοπούς. Με το εμβόλιο το οποίο θα επαναληφθεί μετά έξι εβδομάδες, και πάλι μετά δώδεκα μήνες, κατορθώνουμε να δημιουργήσουμε μια ανοσία για δέκα περίπου χρόνια, ενώ με τον ορό, δίνουμε μεταυτοχρόνα, καλύπτουμε άμεσα τον ασθενή για ένα μήνα. Οι συγχρόνοι αντιτετανικοί οροί είναι ανθρώπινοι, έτσι ώστε αποφεύγεται κάθε παρενέργεια, η οποία ήταν συχνό φαινόμενο την εποχή που οι οροί προερχόταν από άλογα.

Κοκκύτης: Χωρίς εργαστηριακή επιβεβαίωση η διάγνωση του κοκκύτη είναι δύσκολη, αλλά και η ικανότητα των εργαστηρίων να απο-

ΠΙΝΑΚΑΣ : Τέτανος : Οδηγίες χρησιμοποίησης σε τραυματισμό της ανατοξίνης του τετάνου και της ανθρώπινης ανοσοσφαιρίνης για τον τέτανο

Τύπος τραύματος	Οδηγίες
A. Άτομα που δεν έχουν εμβολιασθεί ή άτομα που δεν έχουν υποστεί πλήρη εμβολιασμό (μόνο μία ή δύο δόσεις ανατοξίνης)	
1. Τραύματα που εμφανίζουν μικρό κίνδυνο για την εκδήλωση τετάνου	Μια δόση Td ¹ και μετά το πλήρες σχήμα ενεργητικής ανοσοποίησης. Αναμνηστική δόση κάθε 10 χρόνια.
2. Τραύματα που εμφανίζουν μεγάλο κίνδυνο για την εκδήλωση τετάνου ² ή παραμελημένα για περισσότερες από 24 ώρες.	Μια δόση Td και 250-500 μονάδες ανθρώπινης ανοσοσφαιρίνης για τον τέτανο. ³ Ακολουθεί το πλήρες σχήμα ενεργητικής ανοσοποίησης. (Σημείωση: Χρησιμοποιείται διαφορετική σύριγγα και διαφορετικό σημείο για την ένεση της ανατοξίνης και του ορού).
B. Άτομα που έχουν εμβολιασθεί σύμφωνα με το πλήρες σχήμα ενεργητικής ανοσοποίησης και έχουν λάβει την αναμνηστική δόση τα τελευταία 10 χρόνια	
1. Τραύματα που εμφανίζουν μικρό κίνδυνο να εκδηλωθεί τέτανος	Δε χρειάζεται η χορήγηση ανατοξίνης.
2. Τραύματα που εμφανίζουν μεγάλο κίνδυνο να εκδηλωθεί τέτανος.	Μια δόση Td αν έχουν περάσει πέντε χρόνια από την αναμνηστική δόση. Δε χρειάζεται Td αν δεν έχουν περάσει 5 χρόνια από την αναμνηστική δόση.
3. Τραύματα παραμελημένα για περισσότερες από 24 ώρες.	Μια δόση Td και 250-500 μονάδες ανθρώπινης ανοσοσφαιρίνης για τον τέτανο.
Γ. Άτομα που έχουν εμβολιασθεί σύμφωνα με το πλήρες σχήμα ενεργητικής ανοσοποίησης αλλά δεν έχουν λάβει αναμνηστική δόση, ή η τελευταία αναμνηστική δόση έγινε πριν από 10 χρόνια	
1. Τραύματα που εμφανίζουν μικρό κίνδυνο για την εκδήλωση τετάνου.	Μια δόση Td.
2. Τραύματα που εμφανίζουν μεγάλο κίνδυνο για την εκδήλωση τετάνου.	Μια δόση Td.
3. Τραύματα παραμελημένα για περισσότερες από 24 ώρες	Μια δόση Td και 250-500 μονάδες ανθρώπινης ανοσοσφαιρίνης για τον τέτανο.
1. Td: Tetanus, diphtheria	
2. Τραύματα στα οποία έχουν δημιουργηθεί αναερόβιες συνθήκες ή υπάρχουν ενδείξεις ότι έχουν μολυνθεί με τους σπόρους του βακίλλου.	
3. Αν ο αντιτετανικός ορός που θα χρησιμοποιηθεί παρασκευάστηκε από ίππους (άλογα) προηγείται δοκιμασία ευαισθησίας για την πρόληψη αλλεργικών και αναφυλακτικών αντιδράσεων.	

ΤΕΤΑΝΟΣ ΚΑΙ ΛΥΣΣΑ



ΑΧ! ΑΧ!
ΧΙ... ΧΙ...

ΤΟΝ ΔΑ-
ΓΚΩΣΕ Η ΦΟ-
ΦΗ ΠΑΙΖΟΝΤΑ
ΚΑΙ...

ΘΕΕ ΜΟΥ!
ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ ΕΙΝΑΙ ΚΥ-
ΡΙΑΚΗ Κ' ΔΕ ΘΑ ΒΡΟΥ-
ΜΕ ΓΙΑΤΡΟ!

ΜΗΝ ΑΝΗΣΥΧΕΙΣ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΟΒΑΡΟ Κ' Η ΦΟΦΗ ΣΙΓΟΥΡΑ
ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΛΥΣΣΑ. Ο ΛΟΥΤ-
ΤΙΣΜΟ ΟΜΩΣ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕ
ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΟΥ ΤΕ-
ΤΑΝΟΥ.

ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΣ ΕΙΣ
ΔΑΓΚΕΜΑΤΩΝ ΑΠΟ
ΣΣΑ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ
ΜΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙ ΜΟ-
ΝΟ Η ΛΥΣΣΑ, ΑΛΛΑ
ΠΡΙΝ ΑΠ' ΟΛΑ Ο
ΤΕΤΑΝΟΣ.



ΕΝΑ ΚΑΛΟ ΠΛΥ-
ΣΙΜΟ ΤΗΣ ΠΛΗΓΗΣ ΓΙΑ
5-10 ΛΕΠΤΑ, ΝΑ ΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ
ΠΡΙΝ ΑΠ' ΟΛΑ. ΑΝ Ο ΛΟΥΤΙΣΜΟ ΔΕΝ
ΕΙΧΕ ΕΜΒΟΛΙΜΩΣΕΙ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΤΕΤΑΝΟΥ, ΤΟ-
ΤΕ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΤΡΕΞΟΥΜΕ ΑΝΕΣΣΑ
ΣΤΟ ΓΙΑΤΡΟ. ΑΛΛΑ
ΕΥΤΥΧΩΣ...

ΑΣΦΑΛΩΣ, ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΗΚΕ
ΠΡΙΝ 20 ΜΕΡΕΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ
Η ΛΥΣΣΑ
ΟΜΩΣ...

ΑΣ ΔΟΥΜΕ
ΤΕΡΑ ΤΗΝ ΠΛΗ-
ΓΗ Κ' ΜΕΤΑ ΜΙΑ
ΜΕ ΓΙΑ ΛΥΣΣΑ.



Η ΘΕΙΑ ΕΧΕΙ ΔΙΚΙΟ. Ο ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟΣ ΟΡΟΣ
ΕΞΑΣΦΑΛΙΖΕΙ ΜΙΑΝ ΑΝΟΣΙΑ ΦΕΤΩΝ. ΑΝ ΑΚ-
ΤΙΘΕΤΑΙ Ο ΛΟΥΤΙΣΜΟΣ ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΕΜΒΟΛΙΑ-
ΣΤΕΙ ΤΟΤΕ ΘΑ ΧΡΕΙΑΖΟΤΑΝ Η ΕΠΕΞΗ ΜΕ ΑΝ-
ΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟ ΟΡΟ ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΟΤΡΑΠΕΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ.

ΚΑΛΟ ΠΛΥΣΙΜΟ ΤΗΣ ΠΛΗΓΗΣ ΜΕ ΔΟΦΟΝΟ ΝΕΡΟ Κ' ΣΑΠΟΥΝΙ Κ' ΤΙ-
ΠΟΤΕ ΑΛΛΟ! ΜΕΤΑ ΠΑΝΟ ΣΤΗΝ ΠΛΗΓΗ ΔΕΙΘΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟ ΓΙΑ
ΝΑ ΜΗ ΜΟΛΥΝΘΕΙ.

ΚΑΙ ΤΕΡΑ
ΜΙΑ ΒΡΑΙΑ ΑΠΟ-
ΣΤΕΙΡΩΜΕΝΗ ΓΙΑ
ΝΑ Κ' ΕΝΑ ΟΡΑΙΟ
ΔΕΣΜΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΠΙ-
ΔΕΣΜΟ Κ' Ο ΛΟΥΤΙΣ-
ΜΟΣ ΜΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΤΟΙ-
ΧΟΣ. ΣΙΓΟΥΡΑ ΑΝ
ΔΕΝ ΉΤΑΝ ΕΙΝΑΙ
ΠΙΣΤΕΜΕΝΟΣ ΘΑ
ΕΙΧΑΜΕ ΤΡΕ-
ΚΑΜΑΤΑ.



ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΤΡΑΥ-
ΜΑ, ΑΚΟΜΑ Κ' ΤΟ ΜΙΚΡΟ-
ΤΕΡΟ, ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΑΝΤΑ
Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΟΥ ΤΕΤΑΝΟΥ.

Η ΦΟΦΗ ΑΥΤΗΝ ΤΗ ΦΟΡΑ ΤΟ ΠΑ-
ΡΑΚΑΝΕ Κ' ΘΑ ΜΕΙΝΕΙ ΣΕ ΚΑΡΑΝΤΙ-
ΝΑ ΓΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΜΕΡΕΣ... ΑΥΡΙΟ ΚΙΩ-
ΝΑΣ ΘΑ ΕΙΔΟΠΟΙΗ-
ΣΟ ΤΟΝ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟ.

ΤΙ ΔΟΥΛΕΙΑ
ΕΧΕΙ Ο ΚΤΗΝΙΑΤΡΟΣ!

Ο ΘΕΙΟΣ ΤΗΣ ΕΒΗΦΕΙ ΠΕΣ ΟΤΑΝ ΕΝΑΣ
ΣΚΥΛΟΣ ΔΑΓΚΩΣΕΙ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ (ΕΙΤΕ Κ'
ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΔΙΟ ΚΑΛΟ ΣΚΥΛΑΚΙ), ΤΟ ΠΗΓΑ-
ΝΟΤΕ ΣΤΟΝ ΚΤΗΝΙΑΤΡΟ ΠΟΥ ΤΟ ΠΑΡΑ-
ΚΟΛΟΥΦΕΙ ΓΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΜΕΡΕΣ ΓΙΑ ΝΑ Α-
ΠΟΚΛΕΙΣΤΕΙ Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ
ΥΔΡΟΦΟΒΙΑΣ.

ΕΓΩ ΠΑΝΤΟΣ ΑΝΗΣΥ-
ΧΟ. ΛΕΓΟΝΤΑΙ ΤΟΣΑ
ΠΟΛΛΑ...

ΚΑΙ ΕΓΩ ΣΟΥ ΕΠΑ-
ΝΗΘΑΝΩ ΟΤΙ ΟΤΑΝ ΦΕ-
ΡΜΑΣΤΕ ΟΜΩΣ ΠΡΕΠΕΙ
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΛΟΓΟΣ ΑΝΗ-
ΣΥΧΙΑΣ. Ο ΑΝΤΙΛΥΣΣΙΚΟΣ Ο-
ΡΟΣ ΕΙΝΑΙ ΣΟΒΑΡΟΣ Κ' ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΗΝ
ΝΑ Ο ΣΚΥΛΟΣ ΦΟΒΑΤΑΙ ΤΟ
ΝΕΡΟ.



ΚΑΙ ΤΟΤΟ ΔΙΑΔΙΣΤΕΜΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ
ΚΤΗΝΙΑΤΡΟ. ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΣΦΑ-
ΛΕΙΑ Η ΜΗΤΕΡΑ ΤΟΥ ΛΟΥΤΙΣΜΟΥ ΘΑ
ΤΟΝ ΠΑΕΙ ΑΥΡΙΟ ΣΤΟ ΓΙΑΤΡΟ.

μονώσουν το μικρόβιο παρουσιάζει μεγάλες δυσκολίες και πολλές φορές διακυμάνσεις.

Υπάρχουν διάφοροι ιοί, πχ. αδενοϊοί, παραγριππικοί ιοί και άλλοι του αναπνευστικού συστήματος, που μπορούν να προκαλέσουν λοιμώξεις, οι οποίες κατά κάποιο τρόπο μοιάζουν με τον κοκκύτη. Σε μερικά παιδιά διάφοροι ιοί μπορεί να συνυπάρχουν με το μικρόβιο του κοκκύτη, με αποτέλεσμα η νόσηση από κοκκύτη να επηρεάζεται ως προς τις εκδηλώσεις του, αλλά μπορεί να συμβαίνει και το αντίθετο. Δηλαδή ο ιός ή οι ιοί να επηρεάζονται από το μικρόβιο του κοκκύτη. Ο κοκκύτης είναι συνήθως πιο σοβαρός στα μικρά παιδιά, και ιδιαίτερα στα βρέφη κάτω του ενός έτους. Για μερικά μάλιστα χρόνια η νησιμότητα σε νήπια ηλικίας κάτω των έξι μηνών κυμαινόταν στην αναλογία ένας θάνατος για χίλιες περιπτώσεις νόσησης.

Ο εμβολιασμός αν δεν μπορεί πάντοτε να προφυλάξει απόλυτα ένα παιδί από τη νοσο ελαττώνει όμως τη σοβαρότητα της προσβολής. Το εμβόλιο δίνεται σε συνδυασμό με εκείνο κατά της διεφθερίτιδας και τετάνου (τριπλό). Η χορήγηση των εμβολίων αυτών δεν χρειάζεται καμιά δίαιτα.

Αρκετά παιδιά παρουσιάζουν ήπιες αντιδράσεις μετά τον εμβολιασμό στο τριπλό εμβόλιο. Αυτές οι ήπιες αντιδράσεις γίνονται εμφανείς μέσα σε 12 με 24 ώρες. Αυτό σημαίνει ότι το μωρό μπορεί να παρουσιάσει ανησυχία, πυρετό, κλάμα, πολλές φορές έντονο και συνεχές, ενώ το χέρι ή το πόδι όπου έγινε η ένεση πιθανόν να εμφανίζεται επώδυνο και οιδηματώδες (πρησμένο). Τα συμπτώματα αυτά παρέρχονται με την βοήθεια παυσίπων και αντιπυρετικών φαρμάκων. Όμως δεν πρέπει να εμβολιαζεται ένα άρρωστο παιδί, καθώς επίσης δεν πρέπει να γίνεται το εμβόλιο σε βρέφη ή παιδιά που παρουσίασαν σοβαρή τοπική ή γενική αντίδραση σε προηγούμενο ανάλογο εμβολιασμό. Ένα ιστορικό σπασμών ή εγκεφαλικού ερεθισμού κατά τη νεογνική περίοδο, η παρουσία νευρολογικών βλαβών ή ιστορικό επιληψίας και άλλων παθήσεων του νευρικού συστήματος, αποτελούν αντενδείξεις για τη χορήγηση του. Στις περιπτώσεις αυτές ο γιατρός είναι εκείνος που θα αποφασίσει σχετικά και θα συμβουλεύσει ανάλογα τους γονείς.

Πολιομυελίτιδα: Αν και η πολιομυελίτιδα ήταν ενδημική για αιώνες, έγινε επιδημική για 80 περίπου χρόνια, πρώτα στις Σκανδιναβικές χώρες και αργότερα στις ΗΠΑ με συχνές εξάρσεις. Υπήρξε μάλιστα μια εποχή που η πολιομυελίτιδα αποτελούσε πραγματική μά-

στιγα και μεγάλος αριθμός παιδιών πέθαιναν από παράλυση. Ένα γνωστό θύμα πολιομυελίτιδας ήταν ο Πρόεδρος των ΗΠΑ κατά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο Φραγκλίνος Ρούζβελτ. Μετά όμως την ανακάλυψη του εμβολίου, η νόσος εξέλιπε σχεδόν παντελώς σε πολλές χώρες.

Το εμβόλιο αυτό έχειτο προτέρημα να χορηγείται από το στόμα και να είναι έτσι λιγότερο επώδυνο από τα προηγούμενα. Το εμβόλιο Sabin όπως είναι γνωστό, χορηγείται συγχρόνως με το διπλό ή τριπλό, και κατά τα χρονικά διαστήματα που ήδη περιέγραψα. Υπάρχουν φυσικά και γι' αυτό αντενδείξεις που περιλαμβάνουν τις περιπτώσεις όπου ένα μωρό ή μεγαλύτερο παιδί παρουσιάζει διάρροιες ή διαταραχές στο έντερο. Δεν θα πρέπει επίσης να δίνεται σε παιδιά τα οποία παίρνουν κορτικοστεροειδή ή χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Ευλογιά: Το εμβόλιο εναντίον της τραομερής αυτής αρρώστιας, το οποίο είναι γνωστό και σαν βατσίνα, έπαψε πια να χρησιμοποιείται και στη χώρα μας. Οι βασικοί λόγοι είναι ότι η ευλογιά έχει εξαφανιστεί από ολόκληρο τον κόσμο και ότι είχε τρομερές παρενέργειες σ' ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών. Έτσι οι παρενέργειες πολλές φορές ήταν περισσότερες από τα κρούσματα της ευλογιάς.

Ανεμοβλογιά: Η ανεμοβλογιά μπορεί να είναι σοβαρή αρρώστια με κίνδυνο αρκετά μεγάλο κατά τη νεογνική περίοδο. Στην περίπτωση αυτή, όταν υπάρχει επιδημία (επειδή δεν υπάρχει εμβόλιο κατά της ανεμοβλογιάς), καλό είναι σε βρέφη, κυρίως, να δίνονται ανοσοσφαιρίνες, δηλαδή έτοιμα αντισώματα.

Η ένεση αυτή πρέπει να γίνεται μέσα σε τρεις ημέρες από την στιγμή που ήρθε σε επαφή το βρέφος με κάποιο πάσχοντα.

Συνιστάται επίσης να δίνονται ανεμοσφαιρίνες σε νεογέννητο του οποίου η μητέρα πέρασε ανεμοβλογιά τις τελευταίες δύο εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Τα έτοιμα αυτά αντισώματα πρέπει ακόμη να δίνονται σε παιδιά που πάσχουν από έκζεμα και άλλες αρρώστιες σε έγκυες γυναίκες, και σε παιδιά που δεν έχουν περάσει ανεμοβλογιά και θεραπεύονται με κορτιζόνη ή άλλα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Ιλαρά: Η ανακάλυψη του εμβολίου της ιλαράς ακολούθησε γρήγορα εκείνη του εμβολίου της πολιομυελίτιδας.

Η ιλαρά μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνη αρρώστια, ιδιαίτερα σε χώρες όπου ο πληθυσμός δεν διατρέφεται καλά. Επιπλοκές από την ιλαρά είναι διάφορες, όπως: οξεία μέση ωτίτιδα, πνευμονία,

και η χειρότερη απ' όλες είναι φυσικά η εγκεφαλίτιδα (αρρώστια η οποία προσβάλλει τον εγκέφαλο με διάφορα τραγικά επακόλουθα). Οι πιθανότητες να πάθει ένα παιδί εγκεφαλίτιδα από ιλαρά, κυμαίνεται μεταξύ 1 στις 500 με 1 στις 1000 περιπτώσεις. Σε μια έρευνα που έγινε στον Καναδά σε 2000 παιδιά που εμβολιάστηκαν με το εμβόλιο κατά της ιλαράς παρουσίασαν ιλαρά επτά και δεν υπήρξε κανένας θάνατος. Αντίστοιχα σε 2000 παιδιά που δεν εμβολιάστηκαν παρουσίασαν ιλαρά 464 και πέθαναν 25. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει την χρησιμότητα και την αξία του εμβολίου, πράγμα που θα πρέπει όλοι οι γονείς να έχουν υπόψη και να φροντίζουν για τον συστηματικό εμβολιασμό των παιδιών τους.

Το εμβόλιο κατά της ιλαράς γίνεται στον δεύτερο χρόνο της ζωής, συνήθως γύρω στο 13^ο μήνα, αλλά πρέπει να δίνεται και σε όλα τα μεγαλύτερα παιδιά, τα οποία για κάποια αιτία δεν εμβολιάστηκαν και φυσικά, δεν πέρασαν την ιλαρά.

Οι αντιδράσεις από το εμβόλιο είναι ήπιες και εμφανίζονται επτά με δέκα ημέρες μετά από αυτό. Μερικά παιδιά παρουσιάζουν μία κακοδιαθεσία ή ένα εξάνθημα που παύει γρήγορα, και ένα πυρετό. Ο πυρετός σπάνια διαρκεί περισσότερο από 48 ώρες. Το εμβόλιο κατά της ιλαράς αντενδείκνυται σε παιδιά που πάσχουν από οποιαδήποτε οξεία νόσο. Ο εμβολιασμός θα πρέπει να καθυστερεί μέχρι το τέλος του δεύτερου ή τρίτου χρόνου της ηλικίας, αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό σπασμών ή αλλεργίας. Αντενδείκνυται επίσης, σε παιδιά που κάνουν χρήση κορτιζόνης ή ορισμένων άλλων φαρμάκων. Στην προκειμένη περίπτωση οι γονείς πρέπει να συμβουλευτούν πάντοτε το γιατρό τους.

Ερυθρά: Το εμβόλιο της ερυθράς στις ΗΠΑ της Αμερικής γίνεται σε παιδιά και των δύο φύλων, με την ελπίδα ότι έτσι θα εξαλειφθούν οι πηγές από τις οποίες μπορεί να επέλθει μόλυνση εγκύων γυναικών. Παρ' όλα αυτά δεν φαίνεται να έχει επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Στη Μεγάλη Βρετανία το εμβόλιο γίνεται συστηματικά σε όλα τα κορίτσια ηλικίας μεταξύ 11 και 14 ετών, άσχετα αν η μητέρα νομίζει ότι το κορίτσι της έχει περάσει τη νόσο. Αυτό γίνεται γιατί έτσι θα κατορθωθεί να είναι όλες οι γυναίκες εμβολιασμένες κατά την διάρκεια της παραγωγικής τους περιόδου και να μην διατρέχουν κανένα κίνδυνο αποκτήσεως παθολογικού παιδιού. Εκτός από τα παιδιά μπορούν να εμβολιαστούν όλες οι γυναίκες στη διάρκεια της παραγωγικής τους ηλικίας, αρκεί να μην είναι έγκυ-

ες, κατά τον εμβολιασμό, ή να μην συλλάβουν επί δύο έως τρεις μήνες μετά τον εμβολιασμό. Πρέπει πάντως κάθε έγκυος γυναίκα να έχει υπόψη της, και αν ακόμη είναι καλυμμένη κατά της ερυθράς, να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με άτομα που πιθανόν είναι προσβεβλημένα.

Οι αντιδράσεις από το εμβόλιο είναι ήπιες και εμφανίζονται σπάνια. Τέτοιες αντιδράσεις μπορεί να είναι πυρετός, εξάνθημα, διόγκωση αδένων ή κάποτε ερεθισμός του λαιμού, και καμιά φορά αρθραλγία ή αρθρίτιδα με πόνο και δυσκινησία των δακτύλων, των αυχενικών σπονδύλων (του λαιμού), των γονάτων και των αγκώνων. Η μόνη αντένδειξη για εμβόλιο είναι η εγκυμοσύνη.

Ερυθρά και κύηση: Πλέον του 20% των γυναικών στην περίοδο της αναπαραγωγής είναι επίνοσες προς την ερυθρά, το γεγονός δε αυτό καθιστά επικίνδυνο για την έγκυο την κατά τα άλλα αθώα αυτή νόσο. Τούτο γίνεται φανερό από το ότι ο κίνδυνος προσβολής του εμβρύου υπολογίζεται σε 50% περίπου εάν η έγκυος νοσήσει στις πρώτες 4 εβδομάδες, κατέρχεται δε βαθμιαίως στο 10% κατά την 12-14 εβδομάδα. Μετά τον 3ο μήνα ο κίνδυνος βλάβης του εμβρύου είναι ασήμαντος.

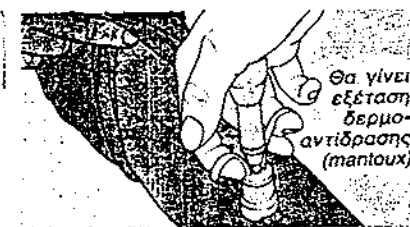
Η χορήγηση γ-σφαιρίνης προφυλλάσσει την έγκυο, μόνον αν χορηγηθεί προ της επαφής της προς νοσούντα. Εάν αυτή έχει ήδη μολυνθεί, η προφυλακτική δράση της γ-σφαιρίνης είναι αμφίβολη. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται ο προσδιορισμός του τίτλου των ειδικών αντισωμάτων στον ορό της εγκύου. Εάν ο τίτλος αντισωμάτων ευρεθεί ικανοποιητικός, τούτο σημαίνει ότι η έγκυος είναι ήδη άνοσος. Εάν ευρεθεί χαμηλός, ο προσδιορισμός επαναλαμβάνεται μετά 3 εβδομάδες και αν και τότε παραμένει χαμηλός, η έγκυος δεν μολύνθηκε, παρ' ότι επίνοσος. Στην αντίθετη περίπτωση (ή εάν η έγκυος εμφανίσει κλινικά σημεία ερυθράς) τίθεται το ερώτημα διακοπής ή όχι της κύησης για τον φόβο προσβολής του εμβρύου. Στην περίπτωση αυτή θα ληφθεί υπ' όψη ο χρόνος της κύησης, η ηλικία της μητέρας, η ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια και η επιθυμία προς τεκνοποίηση. Από την στάθμιση όλων αυτών των παραγόντων θα ληφθεί από τους γονείς η απόφαση διακοπής ή όχι της κύησης, αφού προηγουμένως τους εκτεθούν οι πιθανότητες γέννησης ενδεχομένως καθυστερημένου παιδιού.

Ασφαλή προφύλαξη από την συγγενή ερυθρά παρέχει μόνο το αντίστοιχο εμβόλιο, (που πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 2-3 μήνες πριν από ενδεχόμενη κύηση), ή η φυσική νόσηση.

Φυματίωση: Αν και η φυματίωση παρουσιάζει μια συνεχή κάμψη δεν παύει να αποτελεί σοβαρό νόσημα. Ο έλεγχος για φυματίωση παίζει βασικό ρόλο για την επιλογή των ατόμων εκείνων που θα χρειαστούν εμβολιασμό με αντιφυματικό εμβόλιο (BCG). Υπάρχουν αρκετοί τύποι από ανάλογους ελέγχους, αλλά οι πιο γνωστοί είναι ο ενδοδερμικός (Mantoux) και οι πολλαπλοί σκαριφισμοί (Heaf). Στην Ελλάδα χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά ο ενδοδερμικός έλεγχος (Mantoux). Η ανάγνωση του αποτελέσματος του ελέγχου γίνεται μετά από 48 ή 72 ώρες.

Το αντιφυματικό εμβόλιο (BCG) γίνεται σε όλα τα παιδιά ηλικίας 10-13 ετών στα οποία το α του ελέγχου (Mantoux) ήταν αρνητικό. Μια περίπου εβδομάδα μετά τον εμβολιασμό δημιουργείται ερυθρά βλατίδα στο σημείο της ένεσης, η οποία συνήθως γίνεται στον δελτοειδή μυ, δηλαδή στο επάνω άκρο του βραχίονα. Τρεις εβδομάδες αργότερα δημιουργείται ένα αθώο έλκος, το οποίο εξαφανίζεται μέσα σε έξι με δώδεκα εβδομάδες. Το έλκος αυτό δεν χρειάζεται κάλυψη, εκτός αν υπάρχει αρκετό έκκριμα υγρού. Αντένδειξη για εμβολιασμό αποτελούν τα παιδιά εκείνα, στα οποία ο έλεγχος παρουσιάζεται θετικός, ή στα παιδιά εκείνα που έχουν γνωστές ανοσοβιολογικές ανωμαλίες (βλάβες που αφορούν το αμυντικό σύστημα του οργανισμού). Ο εμβολιασμός εναντίον της φυματίωσης αντενδείκνυται επίσης σε όλα τα παιδιά, ενώ είναι άρρωστα από ένα λοιμώδες νόσημα, όπως πχ. ιλαρά, κοκκύτη ή εκείνα που παίρνουν διάφορα κορτικοστεροειδή φάρμακα.

Πρέπει να τονιστεί ότι αν γίνει εξέταση mantoux κατά την διάρκεια που ένα παιδί πάσχει από ιλαρά, ερυθρά ή ανεμοβλογιά, είναι δυνατόν η mantoux να εμφανίζεται αρνητική. Το ίδιο μπορεί να συμβαίνει και για 4-6 εβδομάδες μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων των απραπάνω νοσημάτων.



Mantoux δεν πρέπει να γίνεται επίσης κατά τις 6 πρώτες εβδομάδες μετά από εμβολιασμό για ερυθρά ή ιλαρά. Αλλά ούτε πρέπει να γίνεται εμβόλιο BCG (αντιφυματικό) πριν περάσουν 3 εβδομάδες από τότε που εμβολιάστηκε ένα παιδί με τα παραπάνω δύο εμβόλια (ερυθράς, ιλαράς).

Παρωτίτιδα: Τον Ιανουάριο του 1968 στις ΗΠΑ, απομονώθηκε ένας ζωντανός ιός της παρωτίτιδας που ονομάστηκε jeryl lynn από το όνομα του παιδιού από το οποίο απομονώθηκε.

Έξω από τις ΗΠΑ το εμβόλιο δεν χρησιμοποιείται προγραμματισμένα, γιατί πιστεύεται ότι είναι καλύτερα ένα παιδί να περάσει φυσική παρωτίτιδα. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί εκλεκτικά σε παιδιά που πλησιάζουν την εφηβεία και δεν νόσησαν από παρωτίτιδα. Εδώ πρέπει να πω ότι σχεδόν τα μισά παιδιά είναι δυνατόν να έχουν περάσει την αρρώστια χωρίς να γίνει αντιληπτή, αλλά δεν μπορεί πρακτικά να ελεγχθεί.

Ηπατίτιδα: Τελευταία, για την προληπτική αντιμετώπιση της νόσου, κυκλοφορεί εμβόλιο το οποίο χορηγείται με τρεις ενέσεις, μιά κάθε μήνα. Στη συνέχεια γίνεται μια αναμνηστική δόση, ένα χρόνο μετά την τρίτη ένεση, και έπειτα μιά ένεση κάθε πέντε χρόνια. Αντένδειξη για την χορήγηση του εμβολίου αυτού αποτελεί ο ζαχαρώδης διαβήτης. Το εμβόλιο αυτό, προς το παρόν τουλάχιστον, έχει ενδείξεις για ορισμένα μόνον άτομα. Ειδικότερα για τα παιδιά, συνιστάται σ' εκείνα τα οποία λόγω μιας ορισμένης πάθησης υποβάλλονται σε συχνές μεταγγίσεις αίματος (Μεσογειακή αναιμία, αιμοφιλία κλπ.).

Το μειονέκτημα του εμβολίου αυτού είναι η τιμή του· είναι πραγματικά πανάκριβο. Την ώρα της συγγραφής αυτού του βιβλίου δύο Αμερικανοί επιστήμονες πειραματίζονται στην κατασκευή ενός πιο αποτελεσματικού και λιγότερου ακριβού εμβολίου εναντίον της ηπατίτιδας Β.

Γρίπη: Διατρέχοντας κανείς διαμέσου των αιώνων παρατηρεί ότι επιδημικές μορφές της γρίπης προκαλούν υψηλή θνησιμότητα σε πολύ ηλικιωμένους και σε πολύ μικρά παιδιά. Ιστορική είναι η λεγόμενη ισπανική γρίπη, που παρουσιάστηκε το 1918, αι η οποία προκάλεσε τον θάνατο 20.000.000 ανθρώπων. Έκτοτε, κατά καιρούς εμφανίζονται επιδημικές μορφές γρίπης, οι οποίες όμως παρέρχονται αρκετά ανώδυνα. Το πρόβλημα με τη γρίπη είναι ότι δεν μπορεί να αλλάζουν τα στελέχη των ιών, και θα πρέπει να αλλάζει και η σύνθεση του εμβολίου ανάλογα με τους προβλεπόμενους ιούς που θα ακολουθήσουν την επόμενη χρονιά. Τα εμβόλια που κατασκευάζονται, προς το παρόν τουλάχιστον, δεν συνιστώνται για χρήση ρουτίνας, θα πρέπει όμως να δίνονται σε άτομα ορισμένων ομάδων. Οι ομάδες αυτές περιλαμβάνουν ασθενείς με χρόνια πνευμονική φυματί-

8. Τραύματα και φλεγμονές δέρματος όταν καλύπτονται από επιδερμικό υλικό που κατακρατεί την έκκρισή τους, έστω και αν έχουν μολυνθεί από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ή στρεπτόκοκκο της ομάδας Α, μικροαποστήματα - που παροχετεύονται. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα για τις εκκρίσεις και το υλικό που μόλυναν.

Προφυλακτικά μέτρα για το χειρισμό των εκκριμάτων και των πηγών εκκρίσεως του ανθρώπινου οργανισμού κατά κατηγορίες:

A. Εκκρίσεις από βλάβες ιστών (τραύματα, πληγές κ.ά.) και παθολογικά εκκρίματα οργάνων (γονόρροια κ.ά.)

1. Κατά την περιποίηση της πληγής ή του τραύματος χρησιμοποιήστε τεχνική κατά την οποία δεν θα ακουμπήσετε το τραύμα ή την πληγή, το δε ακάθαρτο - από την περιποίηση του τραύματος ή της πληγής - υλικό τοποθετήστε το σε διπλές σακούλες.
2. Χρησιμοποιήστε κατάλληλη τεχνική για το πλύσιμο των χεριών
3. Πλύντε τα χέρια πριν και μετά την επαφή σας με τον άρρωστο.

B. Εκκρίσεις από το στόμα (αφορά τις εκκρίσεις των ατόμων που πάσχουν από μεταδοτικά νοσήματα και μεταδίδονται από τις εκκρίσεις του στόματος)

1. Προσοχή χρειάζεται στη διάθεση των εκκρίσεων που βγαίνουν από το στόμα ώστε να μην διασπαρούν λοιμογόνοι παράγοντες που υπάρχουν σ' αυτά.
2. Συστήστε στον άρρωστο να βήχει ή να φτύνει σε χαρτομάνδηλο που το κρατά πολύ κοντά στο στόμα, να τοποθετεί δε το υλικό αυτό σε σακούλα δίπλα στο κρεβάτι του, τα τοιχώματα της οποίας δεν διηθούν το περιεχόμενο προς τα έξω.
3. Αν ο άρρωστος έχει τραχειακή αναρρόφηση ή τραχειοστομία ο καθετήρας αναρροφήσεως και τα γάντια, μετά από κάθε χρήση, τοποθετούνται σε σακούλα που αναφέρεται στην περίπτωση 2.
4. Σφραγίστε τις σακούλες των περιπτώσεων 2 και 3 πριν πεταχθούν στα σκουπίδια για αποτέφρωση.

Γ. Απεκκρίσεις όπως κόπρανα και ούρα που μολύνουν με λοιμογόνους παράγοντες τρόφιμα, νερό, κ.ά. και τις οποίες ευπαθή άτομα παίρνουν από το στόμα

1. Μεγάλη προσοχή στο καλό πλύσιμο των χεριών μετά από κάθε επαφή με τον άρρωστο και κυρίως τα μολυσμένα απεκκρίματά του.
2. Ενημερώστε τον άρρωστο και εξηγήστε την σκοπιμότητα της ανάγκης πολύ καλού πλυσίματος των χεριών του μετά την χρησιμοποίηση της τουαλέτας.
3. Είναι απαραίτητο να υπάρχει υγιεινό σύστημα διαθέσεως των απορριμάτων και αποχετεύσεως.

Δ. Αίμα

1. Προφυλακτικά μέτρα λαμβάνονται για το αίμα όταν λοιμογόνος παράγοντας κυκλοφορεί σ' αυτό.
2. Να είστε ενημερωμένη για την οδό μεταδόσεως του λοιμογόνου παράγοντα.
3. Προφυλακτικά μέτρα για το αίμα λαμβάνονται κατά την περίοδο της κλινικής εκδηλώσεως της αρρώστιας ή κατά το χρόνο που ο λοιμογόνος παράγοντας κυκλοφορεί στο αίμα. Προφυλακτικά μέτρα επίσης λαμβάνουμε για τον υποδόχο του ιού της ηπατίτιδας Εξ ομολόγου ορού (B) και για τα άτομα που έχουν θετικό ηαυστραλιανό αντιγόνο.
4. Χρησιμοποιείτε σύριγγες και βελόνες μιας χρήσεως για τον άρρωστο που βρίσκεται σε απομόνωση.
5. Οι βελόνες μετά την χρήση τοποθετούνται, με τη θήκη τους σε δοχείο αδιαπέραστο και από τις βελόνες στο οποίο γράφεται καθαρά η χρήση του. Δεν επιτρέπεται το σκόπιμο στράβωμα των βελονών.
6. Οι χρησιμοποιημένες σύριγγες τοποθετούνται σε σακκίδες που δεν τις περνά υγρασία.
7. Οι σύριγγες και οι βελόνες πριν πεταχθούν στα απορρίματα καίγονται ή αποστειρώνονται.
8. Σύριγγες και βελόνες πολλαπλής χρήσεως μετά την χρήση τους ξεπλένονται με κρύο νερό. Οι βελόνες τοποθετούνται σε δοχεία της περιπτώσεως 5, οι σύριγγες τοποθετούνται σε διπλή σακούλα της περιπτώσεως 6 και επιστρέφουν στο τμήμα κεντρικής αποστειρώσεως για καθαρισμό και αποστείρωση.
9. Στα δοχεία με δείγμα αίματος για εργαστηριακό έλεγχο τοποθε-

τείται ετικέττα στην οποία αναγράφεται η διάγνωση της αρρώστιας ώστε το προσωπικό που θα χειριστεί το αίμα και το δοχείο να λάβει τα απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα.

Στη συνέχεια διατυπώνονται οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας στη νοσηλεία αρρώστου με λοιμώδες νόσημα και οι απαραίτητες δραστηριότητες για την υλοποίηση του κάθε αντικειμενικού σκοπού: (Brunner και Suddarth 1978).

1. Παροχή βοήθειας για την εξακρίβωση του λοιμογόνου παράγοντα και της θέσεως της διαγνώσεως

- Λήψη δειγμάτων αίματος, ούρων, πτυέλων, κοπράνων, ρινικού και φαρυγγικού εκκρίματος και άλλων εκκρίσεων που χαρακτηρίζονται ύποπτοι υποδόχοι λοιμογόνων παραγόντων
- Βοήθεια στη λήψη δειγμάτων υγρών κοιλοτήτων του σώματος όπως εγκεφαλονωτιαίου υγρού κ.ά. για κυτταρολογική, ορολογική και μικροβιολογική εξέταση.
- Εκτέλεση ειδικών δερμοαντιδράσεων, που έχουν διαγνωστική σημασία, σύμφωνα με την εντολή του γιατρού.

2. Η παροχή βοήθειας στον άρρωστο για τον έλεγχο της λοιμώξεως

- Χορήγηση των αντιμικροβιακών φαρμάκων που καθόρισε ο γιατρός με απόλυτη ακρίβεια στη δόση, το χρόνο και την οδό χορηγήσεως.
- Εφαρμογή ανοσοθεραπείας, εφόσον έχει καθοριστεί.
- Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία και συμπτώματα ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων ή ορών.

3. Η πρόληψη της μεταδόσεως του λοιμογόνου παράγοντα

- Εφαρμογή των μέτρων απομονώσεως και προφυλάξεως του περιβάλλοντος ανάλογα με τη φύση του νοσήματος
- Τήρηση κανόνων ασηψίας όπως ενδείκνυται για την κάθε περίπτωση.
- Χρησιμοποίηση της μάσκας όταν νοσηλεύονται άρρωστοι με νοσήματα που μεταδίδονται με τα σταγονίδια.
 - Η μάσκα καλύπτει στόμα και μύτη, την αλλάζουμε συχνά επειδή η ύγρανσή της με την εκπνοή βοηθάει την ανάπτυξη μικροβίων και αυξάνει την διαπερατότητά της σε μικρόβια
 - Όταν χρησιμοποιούμε μάσκα δεν την αγγίζουμε με τα χέρια.

- Χρησιμοποίηση προφυλακτικής μπλούζας από τα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο που νοσηλεύεται σε απομόνωση. Η προφυλακτική μπλούζα πρέπει να καλύπτει τελείως τα ρούχα αυτού που την φοράει να αλλάζει μετά από κάθε χρήση. Αν δεν αλλάζει η προφυλακτική μπλούζα σε κάθε χρήση τοποθετείται στο θάλαμο του αρρώστου όπως περιγράφεται στις εικόνες 1 και 2.
- Χρησιμοποίηση γαντιών μιας χρήσεως, όταν ενδείκνυται από την περίπτωση του αρρώστου. Αν δεν χρησιμοποιούνται γάντια τα χέρια πλένονται με αντισηπτικό υγρό/σαπούνι αμέσως μετά από κάθε επαφή με τον άρρωστο ή μολυσμένα αντικείμενα.
- Απολύμανση και απομάκρυνση των απορριμάτων με την απαιτούμενη προφύλαξη.
- Έλεγχος της διασποράς μολυσμένων σταγονιδίων (πάσχοντα) με οδηγίες που δίνονται στον άρρωστο να καλύπτει (σκεπάζει) τη μύτη και το στόμα του με χαρτομάνδηλο, όταν βήχει ή φταρνίζεται, ή μιλάει έντονα, πριν πετάξει τα λερωμένα χαρτομάνδηλα να τα τυλίγει σε καθαρό χαρτί, να απολυμαίνει τα χέρια του μετά τα πιο πάνω και το κάψιμο του υλικού αυτού.
- Έλεγχος της διασποράς μολυσμένης σκόνης. Αυτό επιτυγχάνεται με την απομάκρυνση της μολυσμένης σκόνης των λευχειμάτων με απορροφητική μηχανή (απαγορεύεται το τίναγμα των σινδονιών), το υγρό καθαρίσμα των επίπλων μηχανημάτων, τοίχων και δαπέδου (το υγρό να περιέχει αντισηπτικό), τη διατήρηση καθαρού του περιβάλλοντος του αρρώστου (δωμάτιο, λουτρό κ.ά.), τον περιορισμό των επισκεπτών, τη μείωση στο λιγότερο δυνατό των επισκέψεων του προσωπικού στο θάλαμο του αρρώστου και την εξασφάλιση κλειστού συστήματος ανανεώσεως του αέρα (air-condition) του θαλάμου. (Αν δεν υπάρχει κλειστό σύστημα, ο αερισμός γίνεται μόνο από το παράθυρο. Η πόρτα του θαλάμου διατηρείται πάντοτε κλειστή. Απολύμανση του αέρα γίνεται με υπεριώδεις ακτίνες).

4. Η προστασία του ευαίσθητου σε μολύνσεις αρρώστου

- Χρησιμοποίηση "άσηπτου" περιβάλλοντος για τη νοσηλεία τους (υπεριώδεις ακτίνες, πολύ καλό φιλτράρισμα αέρα κ.ά.).
- Να μην διαφεύγει τη σκέψη πως ο,τιδήποτε υπάρχει στο θάλαμο αποτελεί κίνδυνο μόλυνσεως του αρρώστου.
- Συνιστάται από αρμοδίους να μην υπάρχουν στο θάλαμο του αρρώ-

στου λουλούδια, φυτά και τρεχούμενο νερό όταν απαγορεύεται ο άρρωστος να έλθει σε επαφή με λοιμογόνους παράγοντες που σαπροφυτούν (υπάρχουν χωρίς να προκαλούν αρρώστια) σε αυτά.

5. Η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών του αρρώστου

- Εξασφάλιση καλής ενυδατώσεως του αρρώστου ιδιαίτερα όταν έχει εμέτους, διάρροια, άφθονες επιδρώσεις, υψηλό πυρετό με χορήγηση υγρών από το στόμα ή παρεντερικά. Διατήρηση έντυπου καταγραφής προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών και παρακολούθηση της διατηρήσεως ισοζυγίου.
- Κάλυψη αναγκών διατροφής
- Ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό.
- Λήψη, καταγραφή και αξιολόγηση ζωτικών σημείων του ανθρώπινου σώματος (θερμοκρασία, σφυγμοί, αναπνοές, αρτηριακή πίεση αίματος) και σωματικού βάρους.

6. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου

- Καταστολή του βήχα με υγρή ατμόσφαιρα στο δωμάτιο, χορήγηση αντιβηχικών και αποχρεμπτικών φαρμάκων με εντολή γιατρού.
- Καταστολή του κνησμού (φαγουρα) με πλύσεις του δέρματος (αν επιτρέπεται) και επίπαση (επάλειψη) με τάλκ, χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων, όταν υπάρχει εντολή γιατρού.
- Πτώση στα φυσιολογικά επίπεδα ή μείωση του πυρετού.
- Μείωση του άγχους ή και της καταθλίψεως με προσφορά βοήθειας στον άρρωστο να εκφράσει τα αισθήματά του, κατανόηση των επιπτώσεων της απομονώσεως στην ψυχική του σφαίρα, την αποδοχή από τους άλλους της αλλαγής της συμπεριφοράς του, την ψυχολογική υποβάσταξη του όταν η ανάρρωσή του είναι μεγάλης διάρκειας. Όταν το άγχος και η κατάθλιψη προέρχονται από την αλλαγή του είδωλου του εαυτού του την περίοδο που απολεπίζεται το εξάνθημα (αλλοιώνεται το δέρμα κ.ά.) βοηθείται ο άρρωστος με τη σωστή ενημέρωση και ψυχολογική υποβάσταξη. Πολλές φορές η κατάθλιψη δημιουργείται από την ευθύνη που ο άρρωστος αισθάνεται για τον κίνδυνο μεταδόσεως του νοσήματός του σε υγιείς ή από τον υπερβολικό ή και αβάσιμο φόβο του περιβάλλοντος του (οικογένεια κ.ά.) να προσβληθεί από τη νόσο. Η ενημέρωση προς τις δύο κατευθύνσεις βοηθάει στην αλλαγή της συμπεριφοράς και της μειώσεως της καταθλίψεως.

7. Η προφύλαξη του ατόμου και ομάδας ατόμων (κοινού) από την έκθεση σε λοιμώδη νοσήματα / λοιμογόνους παράγοντες
- Η εφαρμογή ενεργητικής ανοσίας (εμβόλια) ατομική ή συλλογική, μειώνει τον αριθμό των λοιμογόνων πηγών και έτσι εμποδίζεται η διασπορά του νοσήματος και προστατεύονται τα επικίνδυνα να μολυνθούν και ευαίσθητα άτομα.
 - Η εφαρμογή παθητικής ανοσίας (άνοσος ορός ή άνοση γ-σφαιρίνη) για βραχυπρόθεσμη προστασία ατόμων που έχουν ήδη εκτεθεί σε κάποιο λοιμογόνο παράγοντα.
 - Η απομόνωση των αρρώστων που πάσχουν από μολυσματικά νοσήματα καθώς και των γνωστών φορέων αν χρειάζεται.
 - Η πληροφόρηση του κοινού σε θέματα όπως:
 - Τρόποι μεταδόσεως λοιμωδών νοσημάτων και πρόληψη μεταδόσεως τους.
 - Ανάγκη και σπουδαιότητα της ανοσοποιήσεως
 - Παράγοντες όπως ηλικία, φύλο, φυλή, μέλη οικογένειας, σειρά γεννήσεως των παιδιών, επάγγελμα, οικονομικό-κοινωνικό επίπεδο κ.ά. και τη σχέση που έχουν με τον τρόπο και το βαθμό εκθέσεως σε λοιμογόνους παράγοντες.
 - Σπουδαιότητα καθαριότητας του περιβάλλοντος και τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής
 - Παράγοντες όπως κληρονομικότητα, κακή θρέψη, ανθυγιεινό σπίτι, διάφορες αρρώστιες κ.ά. κάνουν το άτομο (βιολογικός ξενιστής) ευπαθές προς το λοιμογόνο παράγοντα.
 - Μέσα πρόληψης της μόλυνσεως του νερού και αποσυνθέσεως (χαλάσματος) των τροφών όπως καθαριότητα οικιακών (σπιτικών) συσκευών, τρόποι διατηρήσεως και διαφυλάξεως των τροφίμων, σπουδαιότητα παστεριώσεως του γάλατος, αναγνώριση αλλοιωμένων τροφίμων, αποστείρωση νερού κ.ά.
 - Η ενημέρωση για τους ξενιστές (μηχανικοί και βιολογικοί) των λοιμογόνων παραγόντων, όπως άνθρωποι, άλλα σπονδυλωτά, έντομα κ.ά., με τους οποίους μεταφέρονται οι λοιμογόνοι παράγοντες και η σπουδαιότητα του περιορισμού τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ



ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ - ΑΝΟΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ

Η ανακάλυψη των εμβολίων υπήρξε ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της ιατρικής στον εικοστό αιώνα. Αρρώστιας που άλλοτε προκαλούσαν τον πανικό τώρα είτε έχουν εξαφανισθεί παντελώς είτε προλαμβάνονται.

Σαν μέρος της τακτικής που πρέπει να ακολουθηθεί για να επιτευχθεί υγεία για όλους μέχρι το 2000, η παγκόσμια οργάνωση υγείας καθόρισε τον στόχο για εξάλειψη της ιλαράς, της πολυμελίτιδας του νεογνικού τετάνου, της διφθερίτιδας και της συγγενούς ερυθράς. Το δεύτερο παγκόσμιο συνέδριο για την τακτική των εμβολιασμών από μέρους της παραπάνω οργάνωσης έγινε στην πόλη Karlovy Vary της Τσεχοσλοβακίας, το 1984.

Εκεί συζητήθηκαν οι στόχοι με λεπτομέρειες.

Μεταξύ των άλλων επιώθηκε ότι για να εξαλειφθεί η ιλαρά από την Ευρώπη μέχρι το 1995, πρέπει όλες οι χώρες να εμβολιάσουν το 95% των παιδιών πριν από την ηλικία των 2 ετών μέχρι το 1990, και αυτό το ποσοστό πρέπει να συνεχίσει να εμβολιάζεται και μετέπειτα.

Η συγγενής ερυθρά παρουσιάζει τα περισσότερα προβλήματα, γιατί αυτό έγιναν παραδεκτοί δύο τρόποι αντιμετώπισης στην Ευρώπη: η εξάλειψη της νόσου με μαζικό εμβολιασμό όλων των παιδιών, ή προστατεύοντας (εμβολιάζοντας) όλα τα κορίτσια ηλικίας 10-14 χρόνων, και τις γυναίκες που περνούν την παραγωγική τους ηλικία όπως γίνεται στην Μ. Βρετανία: οι χώρες που θα υιοθετήσουν την πρώτη τακτική πρέπει να εμβολιάζουν τα παιδιά τους σε ποσοστό 95%, μέχρι το 1995. Αν ακολουθηθεί η Βρετανική τακτική, τότε πρέπει να εμβολιάζεται σε ποσοστό 100% ο πληθυσμός που προανέφερα, (δηλαδή κορίτσια και νέες γυναίκες).

Για τον κοκκύτη, αναφέρθηκε στο συνέδριο, να συνεχιστεί η παρούσα τακτική εμβολιασμών από όλες τις χώρες. Συστήθηκε, επίσης, όλες οι χώρες να κάνουν το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β, στις ομάδες εκείνες των ανθρώπων που βρίσκονται σε κίνδυνο (αν και δεν καθορίστηκε σε ποιές ομάδες).

Θα περιγραφούν τα βασικά εμβόλια, δηλαδή το τριπλό (διφθερίτιδας, κοκκύτου, τετάνου), το διπλό (διφθερίτιδας, τετάνου), πολιομυελίτιδος, ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδος, το αντιφυματικό (BCG), της ηπατίτιδας, το αντιγριππικό. Υπάρχουν βέβαια και άλ-

λα πολλά εμβόλια, όπως της ευλογιάς, της χολέρας, του κίτρινου πυρετού, του τυφοειδούς πυρετού, της πανώλης. Τα εμβόλια όμως, αυτά χρησιμοποιούνται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις.

Στο κεφάλαιο αυτό θα αρχίσουμε με το πρόγραμμα (τη σειρά) των εμβολιασμών και στη συνέχεια θα αναφερθούμε στις ενδείξεις, τις αντενδείξεις, και τις παρενέργειες τους. η σειρά των βασικών εμβολιασμών που θα περιγραφούν είναι υτή που εφαρμόζεται σήμερα στην Μ. Βρετανία.

Ο πίνακας που ακολουθεί δείχνει συνοπτικά τις ηλικίες κατά τις οποίες γίνονται τα διάφορα βασικά εμβόλια. Μια εκτενέστερη περιγραφή, όπου αναφέρονται και οι αντενδείξεις τους, έπεται του πίνακα.

Για να δοθεί τώρα μια γενική εικόνα σε ό,τι αφορά την τακτική των εμβολιασμών, πρέπει να αναφερθούν τα εξής:

Οποσδήποτε δεν πρέπει να εμβολιάζονται μωρά ή μεγαλύτερα παιδιά των οποίων η γενική κατάσταση δεν είναι καλή. Τα σχήματα που περιγράφηκαν προηγουμένως είναι αρκετά ευέλικτα και ελαστικά, και επομένως μπορεί να υπάρχει κάποια καθυστέρηση σε ό,τι αφορά την επόμενη δόση. Η καθυστέρηση αυτή μπορεί να ανέρχεται μέχρι δύο εβδομάδες από την ημερομηνία που θα έπρεπε να γίνει η επανάληψη του εμβολίου. Αν ένα παιδί παρουσιάσει μια σοβαρή αντίδραση σ' ένα από τα εμβόλια που προηγήθηκαν, πρέπει το γεγονός αυτό να λαμβάνεται υπόψη και να μην επαναλαμβάνεται το εμβόλιο αυτό την επόμενη φορά.

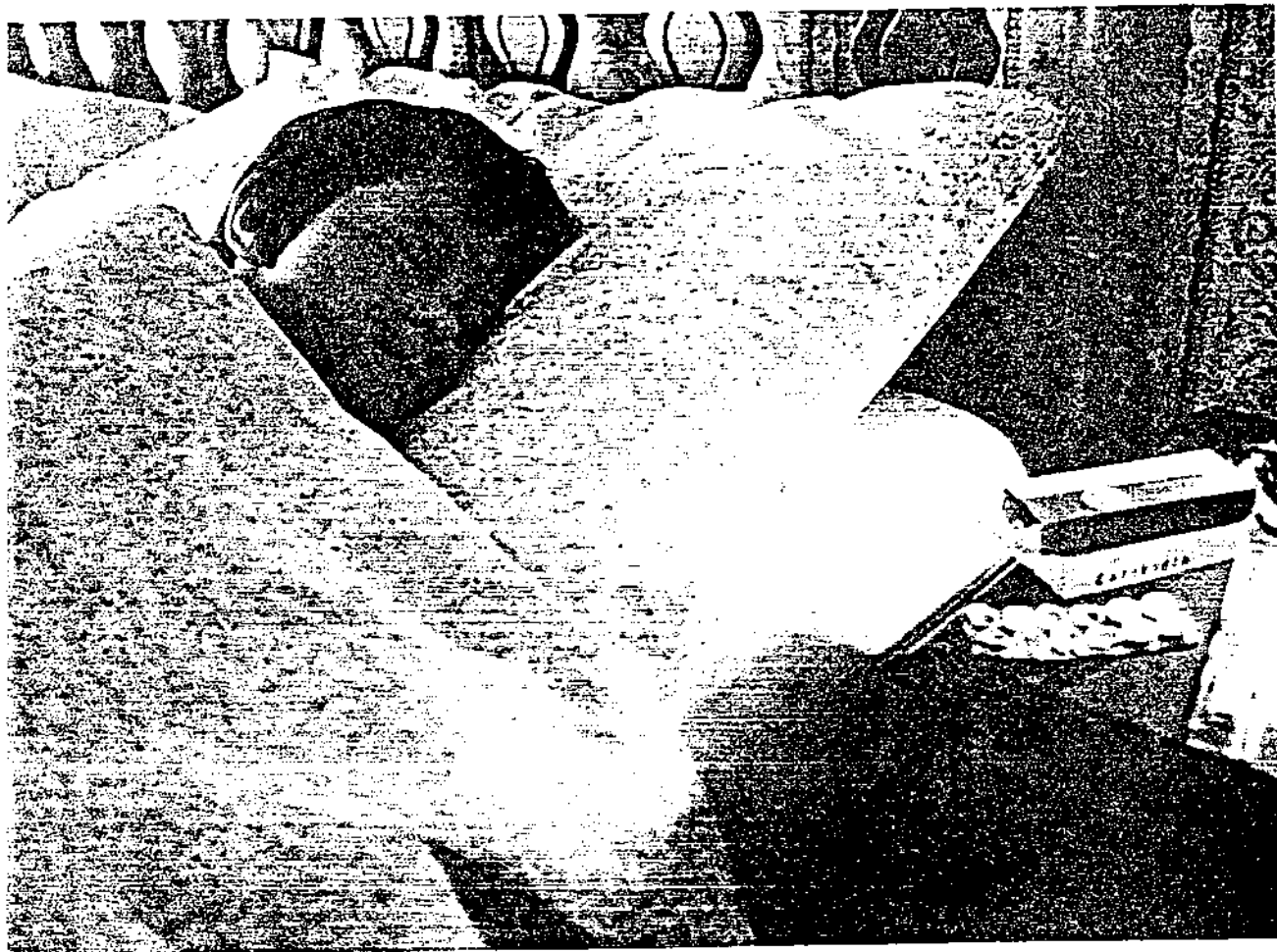
Εμβόλια με ζωνταούς ιούς δεν πρέπει να δίνονται σε παιδιά, στα οποία γίνεται θεραπεία με κορτικοστεροειδή ή ακτινοθεραπεία. Τέτοια εμβόλια είναι της ιλαράς, της πολιομυελίτιδας, της ερυθράς και της γρίπης.

Εμβολιασμοί μπορούν να γίνουν σε οποιαδήποτε ηλικία. Αν ένα πρόγραμμα εμβολιασμών δεν αρχίσει στη νηπιακή ηλικία, μπορεί να εφαρμοστεί ένα κάπως διαφορετικό σχήμα, που εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού και από τις παιδικές αρρώστιες που έχει περάσει μέχρι τότε.

Μια σειρά εμβολίων που σταμάτησε για κάποιο λόγο δεν είναι απαραίτητο να ξαναρχίσει από την αρχή. Θα συνεχιστεί, άσχετα από το χρόνο που μεσολάβησε.

Για μολυσμένες πληγές, η αναμνηστική δόση του τετάνου πρέπει

ωση, χρόνια άσθμα και καρδιακά νοσήματα. Επίσης, καλά είναι, να εμβολιάζονται τα παιδιά που ζουν σε ιδρύματα.



Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS): Τον Ιούλιο του 1981 στο Los Angeles των ΗΠΑ, αναφέρθηκαν οι θάνατοι πέντε νεαρών ομοφυλόφιλων, που πέθαναν από ένα είδος πνευμονίας. Λίγο καιρό μετά έγινε γνωστό ότι 26 ομοφυλόφιλοι εμφάνισαν μια σοβαρή μορφή σαρκώματος, ένα ασυνήθιστο αγγειακό νεόπλασμα, που στις ΗΠΑ τουλάχιστον, ήταν μια μορφή βραδέως αναπτυσσόμενου όγκου σε ηλικιωμένους. Γρήγορα πλέον έγινε εμφανές ότι αυτές ήταν περιπτώσεις μιας καινούργιας επιδημικής αρρώστιας, που είχε σαν βάση μία βλάβη στην ανοσοβιολογία των κυττάρων. Έτσι ονομάστηκε σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Acquired Immune Deficiency Syndrome), όπου τα αρχικά των λέξεων αυτών συνοψίζονται στη λέξη AIDS.

Αν και σποραδικές περιπτώσεις AIDS είναι δυνατόν να παρουσιάσθηκαν σε διάφορα μέρη του κόσμου στο παρελθόν η επιδημία όπως πα-

ρουσιάζεται τώρα, τουλάχιστον στο δυτικό κόσμο, φαίνεται να είναι νέα. Ανακαλύφθηκε, λοιπόν, ότι η αιτία είναι κάποιος ιός ο οποίος εμφανιζόταν στους πιθήκους, αλλά υπέστη μετάλλαξη (άλλαξε δηλαδή η δομή του). Αποτέλεσμα της μεταβολής αυτής υπήρξε η μόλυνση των ανθρώπων.

Καθώς περνούσε ο καιρός νέα στοιχεία αποκάλυπταν ότι η νόσος δεν προσβάλλει μόνον ομοφυλόφιλους, αλλά και ετερόφυλους, όπως, επίσης και μεταγγιζόμενα με αίμα άτομα. Μέχρι το τέλος Απριλίου του 1985, αναφέρθηκαν στις ΗΠΑ 10.000 ασθενείς από τους οποίους, 113 ήταν παιδιά. Η θνησιμότητα των παιδιών αυτών ανήλθε σε ποσοστό 69%. Η μετάδοση του AIDS από αίμα ή παράγωγη του αίματος στα 113 παιδιά ανήλθε σε ποσοστό 13%. Είναι άξιο σημείωσης το γεγονός ότι ο χρόνος επώασης του AIDS μετά από μετάγγιση αίματος κυμαίνεται μεταξύ 15 και 57 μηνών με μέσο όρο περίπου 28 μήνες.

Η ανακάλυψη αντισωμάτων στο αίμα κάποιου ανθρώπου δεν σημαίνει απαραίτητως ότι το άτομο αυτό θα παρουσιάσει την νόσο. Πιστεύεται όμως ότι τουλάχιστον σ' αυτό το στάδιο των παρατηρήσεων θα ήταν λογικό να θεωρηθεί, ότι πτύελα, σπέρμα και αίμα των ατόμων αυτών, είναι πιθανόν λοιμογόνα.

Για τις γυναίκες εκείνες που είναι φορείς της νόσου πιστεύεται ότι αν μείνουν έγκυες, ένα 50% των μωρών που θα γεννηθούν θα προσβληθούν από τον ιό. Από τα προσβληθέντα πάλι μωρά τουλάχιστον ένα 50% είναι δυνατόν να παρουσιάσουν συμπτώματα AIDS στο άμεσο μέλλον. Ένας άλλος σπουδαίος επιπλέον παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπ' όψη είναι και ο εξής: πιστεύεται ότι μια εγκυμοσύνη θα προδιαθέσει στην εμφάνιση του AIDS σε γυναίκες οι οποίες ήταν απλώς φορείς και δεν είχαν κανένα σύμπτωμα. Για το λόγο αυτό εκείνες που περνούν την παραγωγική τους ηλικία και ο ορός του αίματος τους είναι θετικός σε αντισώματα AIDS, πρέπει απαραίτητως να συμβουλευόντα τα ανάλογα κέντρα ενημέρωσης.

Τα συμπτώματα και οι εκδηλώσεις μπορούν να ποικίλλουν. Έτσι είναι δυνατόν να υπάρχουν χαρακτηριστικές κηλίδες στο δέρμα. Συμπτώματα από τους πνεύμονες που δηλώνουν πνευμονία, με πυρετό και δύσπνοια. Εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα με επίμονες διάρροιες. Τέλος, λοιμώξεις που δεν εντοπίζονται σε κάποιο συγκεκριμένο όργανο του σώματος, είναι επίσης δυνατόν να παρατηρηθούν. Με αυτά τα δεδομένα κάθε παρατεταμένη ανησυχητική κατάσταση, όπως πυρετός που διαρκεί πάνω από μήνα και δεν βρίσκεται αιτία, η ανεξήγητη απώλεια βάρους, πρέπει να αποτελεί υποψία για

έλεγχο αντισωμάτων AIDS σε ένα άτομο.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα πόση μεγάλη σημασία έχει η σχολαστική απομάκρυνση χρησιμοποιηθέντων ιατρικών συρίγγων. Τα παιδιά με την περιέργεια που τα διακρίνει, είναι δυνατόν να τρυπηθούν με κάποια βελόνα άγνωστης προέλευσης, με αποτελέσματα τραγικά.

Τη στιγμή της συγγραφής αυτού του βιβλίου δεν υπάρχει θεραπεία. Ελπίζεται όμως ότι μέσα στα επόμενα, τουλάχιστον πέντε χρόνια, θα έχει παρασκευαστεί κάποιο εμβόλιο.

ΕΙΛΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ



ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : ΚΧ σ
 ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : 2.5 ετών
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 24.10.1990
 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ : Ηπατίτιδα Α
 ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Υπέρχρωση ούρων από 3/ημέρου και μικτερικοί
 επιπεφυκότες

Γενική κατάσταση του ασθενούς:

Ο ασθενής ευρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση. Ήπαρ ελαφρώς διογκωμένο = 3-4 cm και σκληρό στην ψηλάφηση. Σπλήνας αψηλάφητος, λοιπά συστήματα χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Κλινικά ευρήματα εισόδου:

- Θερμοκρασία 36.7°C.
- Σφύξεις 110/min
- Αναπνοές 26/min
- Βάρος ασθενούς 11.5 kg
- Ύψος 91 cm

Πορεία της νόσου:

Επάρθη ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος και ετέθη σε απομόνωση. Κατά την διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο ήταν σε καλή κατάσταση και τρεφόταν καλά.

Ευρήματα εξόδου:

Βελτίωση

Με την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο συστάθηκε :

α) να γίνει ηπατικός έλεγχος και στα άλλα αδέλφια, β) προφύλαξη, ατομική καθαριότητα και τέλος ενημερώθηκε η υγειονομική υπηρεσία.

Εργαστηριακή διερεύνηση

- Αιματοκρίτης : 28.5%
- Λευκά αιμοσφαίρια : 25.000/ml
- Πολυμορφοπύρρηνα : 33
- Λεμφοκύτταρα : 58

-	Μονοπύρηνα	:	7
-	Ηωσινόφιλα	:	2
-	Αιμοπετάλια	:	424.000/ml
-	K	:	3.9 mmol/l pt 12.1"
-	Na	:	139 mmol/l ptt 40.1"
-	Ουρία	:	21 mg/dl
-	Σάκχαρο	:	86 mg/dl
-	GOT	:	147 IU/L
-	SGPT	:	379 IU/L
-	ALP	:	744 IU/L
-	γGT	:	132 IU/L

Γενική ούρων

pH 6 άφθονη βλέννη

ΠΟ-1

ΕΟ-1

HbsAg (-)

anti Hbs	}	(-)
anti Hbc		
anti Hbe		

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πτώση Ητ	Αύξηση της τιμής του Ητ και διόρθωση της αναιμίας	Χορήγηση προϊόντων αίματος Χορήγηση κατάλληλων θρεπτικών συστατικών με την τροφή Μείωση των αναγκών της περιφέρειας σε οξυγόνο	Χορήγηση ολικού αίματος Χορήγηση προϊόντων αίματος Τροφές πλούσιες σε σίδηρο για την αποκατάσταση τυχόν σιδηροπενίας Ο σίδηρος είναι χρήσιμος στην σύνθεση της αιμοσφαιρίνης και κατά συνέπεια στην αύξηση Ητ και στην διόρθωση της αναιμίας Ξεκούραση του ασθενούς σε ήσυχο δωμάτιο για να αναλάβει τις δυνάμεις του και αποφυγή κοπώσεως ώστε να μειθούν οι ανάγκες των ιστών σε επιπρόσθετο οξυγόνο	Ανοδος του Ητ και διόρθωση της αναιμίας
Ηπατομεγαλία - Ίκτερος	Αποκατάσταση της φλεγμονής του ήπατος και επαναφορά της φυσιολογικής χροιάς του δέρματος.	Εφαρμογή κατάλληλου διαιτολογίου και αποφυγή λήψεως ερεθιστικών ουσιών για το Συμβουλή από κατάλληλο πρόσωπο Έλεγχος των ηπατικών ενζύμων (SGOT, SGPT, γGT, ALP)	Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες για την ανάπλαση του φυσιολογικού ιστού του ήπατος. Οι βιταμίνες θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται κι αυτές στο διαιτολόγιο του αρρώστου και ιδιαίτερα τα συμπλέγματα της βιταμίνης Κ. Απαγορεύ-	Διόρθωση της ικτερικής χροιάς του δέρματος και των επιπεφυκότων και αποκατάσταση στο φυσιολογικό των ορίων του ήπατος.

(Συνέχεια)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ασυκοκυττάρωση	Επαναφορά στο φυσιολογικό των επιπέδων λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος. Προφύλαξη του ασθενούς από λοιμώξεις	Εφαρμογή κατάλληλης θεραπείας Εφαρμογή της κατάλληλης δίαιτας Αποφυγή εκθέσεως σε λοιμογόνους παράγοντες	Εται χρήση ηπατοτοξικών ουσιών όπως είναι η παρακεταμόλη κλπ. Ο άρρωστος ενημερώνεται από κάποιο διαιτολόγο σχετικά με το ποιά φαγητά πρέπει να τρώει και ποιά να αποφεύγει Εκτίμηση των αποτελεσμάτων και συνέχιση της θεραπείας σύμφωνα με αυτές.	Επαναφορά της τιμής των λευκών αιμοσφαιρίων σε φυσιολογικά επίπεδα
Ελαφρά παράταση του χρόνου προθρομβίνης	Επαναφορά της PT σε φυσιολογικά επίπεδα Πρόληψη αιμορραγιών	Εργαστηριακός έλεγχος ηκτικότητας του αίματος Αποφυγή έντονης σωματικής άσκησης για την πρόληψη τραυματισμού και την πρόκληση αιμορραγίας	Εκτίμηση των εργαστηριακών εξετάσεων Κατάκλιση στο κρεβάτι και χορήγηση ηρεμιστικού ώστε να ηρεμήσει ο ασθενής και να μην τραυματιστεί από τα εξαρτήματα του κρεβατιού μετά από έντονες κινήσεις του.	Πρόληψη αιμορραγιών

(Συνέχεια)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Προβλήματα μεταδοτικότητας της νόσου	Πρόληψη της μετάδοσης της νόσου από άτομο σε άτομο στον ευρύτερο πληθυσμό	Απομόνωση του αρρώστου από τα μέλη της οικογένειας Ανακάλυψη τυχόν άλλων φορέων της νόσου Προφύλαξη των υπολοίπων μελών της οικογένειας	Αποφυγή ενδομυϊκών & υποδόριων ενέσεων και εκτέλεση αυτών σε πολύ μεγάλη ανάγκη, με εφαρμογή πιέσεως στο σημείο της ένεση για 5 λεπτά Απομόνωση σε μονόκλινο δωμάτιο με έλεγχο του επισκεπτηρίου και είσοδο σ' αυτό μόνο από μων προφυλαγμένων με μάσκα Ηπατικός έλεγχος των άλλων μελών της οικογένειας Εμβόλιο κατά της ηπατιτίδας γίνεται προφυλακτικώς στα άλλα μέλη της οικογένειας και σε άλλα άτομα που έχουν έρθει σε στενή επαφή με τον ασθενή. Συμβουλή για τήρηση των κανόνων υγιεινής και καθαριότητας απ' όλα τα μέλη της οικογένειας. Ενημέρωση της υγειονομικής υπηρεσίας για το περιστατικό	

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Κ.Μ. ♀
 ΗΛΙΚΙΑ : 8 ετών
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 18.1.1991
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ : 29.1.1991
 ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Μηνιγγίτιδα
 ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Προ 16 ωρών παρουσίασε κοιλιακό άλγος χωρίς να τα εντοπίζει, εμέτους αρχικώς τροφώδεις και εν συνεχεία υδαρείς, κεφαλαλγία άλγος των κάτω άκρων και αδυναμία στο να σταθεί όρθια. Παρουσίασε επίσης προ 8ώρου πυρετό 38 °C

Γενική κατάσταση ασθενούς:

Επηρεασμένη γενική κατάσταση με ερυθρό πρόσωπο, τελική δυσκαμψία ερυθρά παρίσθημα και διογκωμένες αμυγδαλές.

Ζωτικά σημεία κατά την εισαγωγή: θερμοκρασία 37°C, Σφύξεις 102/min, Αναπνοές 30/min, Βάρος ασθενούς 23 kg

Πορεία της νόσου:

Κατά την είσοδό του η ασθενής παρουσίασε τελική δυσκαμψία. Μετά 13 ώρες παρουσίασε σαφή δυσκαμψία. Αποφασίστηκε να γίνει οσφυονωτιαία παρακέντηση, εκ της οποίας τέθηκε η διάγνωση μηνιγγίτιδος. Αποφασίστηκε να δοθεί θεραπευτικό σχήμα με penicilline, chloramphenicol και decadron. Το decadron το πήρε σε δόσεις 2 amp κάθε 24 ώρες. Εν συνεχεία η ασθενής παρουσίασε σταθερή βελτίωση.

Πέντε ημέρες μετά την νοσηλεία έγινε νέα οσφυονωτιαία παρακέντηση και απεδείχθη και εργαστηριακώς η βελτίωση. Συνολικός χρόνος θεραπείας 10 ημέρες.

Εργαστηριακά ευρήματα

Αιματοκρίτης : 39%
 Λευκά αιμοσφαίρια : 11.500/ml
 Πολυμορφοπύρρηνα : 89%
 Λεμφοκύτταρα : 9%
 Αιμοπετάλια : κατά φύση
 Κ : 3.9
 Na : 13.3

Ουρία	:	21
Σάκχαρο	:	94

Γενική ούρων

Ε.Β.	:	1020
pH	:	5.5
Κετόνη	:	7
Βλέννη	:	Ιχνη

Rö θώρακα αρνητική (-)

Mantoux αρνητική (-)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Δυσκαμψία (τελική & γενική)</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από το σύμπτωμα της δυσκαμψίας και λύση των σπασμών</p>	<p>Περιορισμός των παραγόντων που προκαλούν διέγερση της ασθενούς Χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων για την λύση του σπασμού Εξασφάλιση της κινητικότητας των διαφόρων μυών του σώματος</p>	<p>Περιορισμός - του θορύβου - του έντονου φωτισμού - των απότομων και βίαιων κινήσεων - Προφύλαξη από απότομες αλλαγές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος</p> <p>Χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων και επάλειψη τους πάνω στην πάσχουσα περιοχή - Εφαρμογή θερμών επιθεμάτων πάνω στην περιοχή για την ανακούφιση της περιοχής και λύση του σπασμού</p> <p>Εφαρμογή ενός προγράμματος φυσιοθεραπείας για την εξασφάλιση της κινητικότητας των μυών Το πρόγραμμα περιλαμβάνει κινήσεις παθητικές ενεργητικές και μικτές.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς</p>
<p>Εμετός</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από το δυσάρεστο αυτό φαινόμενο</p>	<p>Χορήγηση φαρμάκων αντιεμετικών - γαστροκινητικών</p>	<p>Χορήγηση Primiperdy Παρακολούθηση του Κ. του αίματος για τυχόν πτώση του, επειδή με τον εμετό έχουμε από-</p>	<p>Ανακούφιση από τον εμετό</p>

(Συνέχεια)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Κεφαλαλγία	Ανακούφιση της ασθενούς από το σύμπτωμα	Πρόληψη τυχόν ηλεκτρολυτικών διαταραχών εξαιτίας των ακατάσχετων εμέτων	Λειά του. Αποφυγή λήψεως τροφής από το στόμα - Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης της ασθενούς με ενδοφλέβια υγρά Χορήγηση νατρίου και καλίου αναλογως της ασθενούς, για αυτούς τους ηλεκτρολύτες Με την λήξη του εμέτου χορήγηση τροφής επαρκή σε κάλιο καθώς επίσης και λήψη αρκετών υγρών από το στόμα. Η χορήγηση της τροφής θα πρέπει στην αρχή να γίνεται σε μέτρα και συχνά γεύματα.	Ανακούφιση από την κεφαλαλγία
Άλγος κοιλίας και κάτω άκρων	Αντιμετώπιση του πόνου και ανακούφιση της από αυτόν	Εξασφάλιση επαρκούς ηρεμίας της ασθενούς και λήψη ανακουφιστικών μέτρων	- Αποφυγή θορύβων - Αποφυγή έντονου φωτισμού - Λήψη αναλγητικών σκευασμάτων - Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων στο κεφάλι - Εξέταση της ασθενούς από γιατρό	

(Συνέχεια)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Διόγκωση των αμυγδαλών - ερυθρά παρίσθημα	Διερεύνηση τυχόν άλλου προβλήματος Ανακούφιση της ασθενούς από το συγκεκριμένο αίσθημα	νου να ανακουφιστεί από αυτόν. Πριν την χορήγηση αυτών των σκευασμάτων ειδοποιείται ο γιατρός για να εξετάσει την ασθενή. Ειδικότερα στο κοιλιακό άλγος γιατί η χορήγηση του αναλγητικού είναι δυνατόν να αποκρύψει τα συμπτώματα άλλων αιτιών όπως η οξεία κοιλία κλπ. Συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα για την ελάττωση της ερυθρότητας Λόγω δυσκαταποσίας εμποδίζεται η λήψη επαρκούς ποσότητας τροφής. Σκοπός της ΝΦ είναι να εξασφαλιστεί επίσης και η επαρκής θρέψη της ασθενούς	- Στη συνέχεια, χορήγηση ήπιων αναλγητικών (παρακεταμόλης και μεφαιναμικού οξέος) (deron και rostan) - Ανύψωση των κάτω άκρων για την αποφυγή πιέσεως τους πάνω στο κρεβάτι και την πρόκληση δυσφορίας της ασθενούς - Απαγόρευση της ασθενούς να βαδίζει Πλύσιμο του στόματος και του φάρυγγα με αντισηπτικά διαλύματα προ και μετά του φαγητού και κάθε βράδυ μετά την κατάκλιση. Το ίδιο ισχύει και μετά από τον εμετό ώστε να απομακρυνθούν τα μέσματα. Οι τροφές που παίρνει η ασθενής είναι υγρές ή πολτοποιημένες ώστε να γίνονται εύκολα δεκτές από αυτήν. Απαγορεύονται οι σκληρές τροφές και η λήψη τροφών με σάλτσες ή καρυκεύματα Τα ψάρια απαγορεύονται επίσης.	Μετά από μερικές ώρες είχαμε λήξη του κοιλιακού άλγους και μετά από μερικές μέρες (με την συνέχιση της θεραπείας) λήξη του άλγους των κάτω άκρων Υποχώρηση της διόγκωσης και της ερυθρότητας της περιοχής και ανακούφιση της ασθενούς.

(Συνέχεια)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πυρετός	Μείωση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα Αντιμετώπιση της αιτιολογίας του πυρετού	Διατήρηση της θερμοκρασίας χαμηλά με φυσικά μέσα ή με φαρμακευτικά σκευάσματα Χορήγηση θεραπευτικού σχήματος για τυχόν λοίμωξη της ασθενούς	Διατήρηση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος σε χαμηλά επίπεδα Χορήγηση άφθονων υγρών από το στόμα Αποφυγή λήψεως δύσπεπτων τροφών Τποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων (κομπρέσες) Τοποθέτηση παγοκύστεων Σε παρουσία ρίγους η ασθενής σκεπάζεται με ελαφρά σκεπάσματα (πχ. σεντόνι ή ελαφρά κουβέρτα) Χορήγηση παρακεταμόλης (Apotel) Θεραπευτικό σχήμα με: Penicillin Cloramphenicol Decadron	Πτώση της θερμοκρασίας της ασθενούς και καλυψή της από τυχόν λοιμώξεις

EPEYNA

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟΥ" ΠΑΤΡΟΥ 1990

ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΕΙΔΟΣ													
		0-1 xp	1-5 xp	5-10 xp	10 > xp	Ανιερβίωση	Εφιδρωτα	Ηπαιτίδα	Κοιλίτις	Αρ. Μωσόν	ΚΕΤ ΝΥΦΕΛΙΣ	Κινιφίτιδα	Τριφυϊτιδα	Τριφυϊτιδα	Σαλμονέλα	Σιγιστίτις	Τυφ. πυρετός	Βολυβαίωση	
Αγόρια	Κορίτσια	69	75	50	41	16	17	1	6	11	14	34	2	103	1	12	7	11	
126	109	29,3%	31%	21,2%	18,5%	6,8%	7,2%	0,5%	2,6%	4,6%	5,9%	14,6%	0,8%	43,9%	0,4%	5,1%	3,9%	4,7%	

ΑΝΑΣΚΟΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΑΕΙΟΥ" ΠΑΤΡΩΝ 1990

Α/Α	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΕΙΔΟΣ													
	ΑΡΧΡΟΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	0-1στ	1-5στ	5-10στ	10-14στ	Ανιερθεσία	Εξιδρώμα	Ηπατίτιδα	Κορτεξίτις	Αντι-Κορτεξ	Μεγιστοπνεύμον	Μυομυοσίτις	Παρωτίτιδα	Πνευμονία	Σοφλοειδίτις	Συγγειμία	Τυφοειδίτις	Δυσεντερία	
1		+				+									+					
2		+	+												+					
3	+				+										+					
4		+			+	+									+					
5		+			+									+						
6		+	+				+								+					
7		+			+										+					
8		+		+											+					
9	+					+								+						
10	+			+											+					
11	+					+		+							+					
12	+				+										+					
13		+			+										+					
14	+				+										+					
15		+			+			+							+					
16		+			+										+					
17	+					+									+					
18		+	+												+					
19	+				+										+					
20	+					+									+					
21	+				+										+					
22		+		+											+					
23		+	+											+						
24		+				+									+					
25		+		+						+					+					
26		+		+							+				+					
27	+				+										+					
28		+	+					+							+					
29	+		+												+					
30		+		+											+					
31	+		+												+					
ΣΥΝΟΛΑ	13	18	7	6	11	7	1	3	-	-	1	4	3	-	19	-	-	-	-	-

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΑΕΙΟΥ" ΠΙΛΤΡΩΝ 1990

Α/Α	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΕΙΔΟΣ													
	ΑΡΙΟΙ	ΚΟΡΙΤΣΑ	0-1 ^η ρ	1-5 ^η ρ	5-10 ^η ρ	10-17 ^η ρ	Ανιερλογο	Εγινωδω	Ηπατίτιδα	Κοκκύσ	Ανιερλογο	Ανιερλογο	Ανιερλογο	Ανιερλογο	Ανιερλογο	Ανιερλογο	Ανιερλογο	Ανιερλογο	Ανιερλογο	
1		+			+															
2		+		+									+							
3	+				+															
4	+				+	+														
5		+			+								+							
6	+			+																+
7	+		+																	
8	+			+																
9		+	+																	
10	+		+					+											+	
11	+		+										+							
12	+				+		+													
13	+			+																
14	+				+															
15	+		+							+										
16		+	+										+							
17	+			+				+						+						
18		+			+															
19		+			+															
20	+				+															
21	+		+																	
22	+					+	+													
23	+			+						+										
24	+		+																	
25		+				+														
26	+		+																	
27		+		+			+													+
28	+		+				+													
29		+		+			+													
30	+				+															
31		+		+																
ΣΥΝΟΛΑ	20	11	10	9	9	3	5	9	-	-	9	1	3	-	15	-	1	-	9	

ΑΝΑΣΚΟΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΕΙΟΥ" ΠΙΛΠΡΩΝ 1990

Α/Α	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΕΙΔΟΣ													
	ΑΡΧΡΟΙ	ΚΟΡΙΤΣΑ	0-1 ^η	1-5 ^η	5-10 ^η	10 ^η >	Αιχμηροση	Εφαιωση	Ιπποτιση	Κοκκοειδη	Αιμολογη	Διφθ. ηηηη	Διφθ. ηηηη	Αρσπιση	Πυρεθση	Σοφιοειδη	Συγγηηη	Τοξοειδη	Βυρπιση	
1	+		+																	
2		+			+								+							
3		+			+								+							
4		+			+								+							
5		+	+																	
6	+				+										+					
7		+				+									+					
8	+			+											+					
9	+					+									+					
10	+			+											+					
11		+	+												+					
12		+	+																+	
13		+	+																	
14	+		+												+					
15		+		+											+					
16	+					+									+					
17		+				+									+					
18		+				+	+													
19		+		+																
20	+			+											+					
21		+	+												+					
22	+				+										+					
23	+					+														
24		+		+											+					
25		+	+												+					
26		+		+											+					
27		+		+											+					
28	+			+											+					
29	+			+																
30	+				+										+					
31	+					+									+					
ΣΥΝΟΛΑ	14	17	8	10	6	7	1	3	-	-	-	3	5	1	17	-	1	-	-	

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΕΙΟΥ" ΠΑΤΡΩΝ 1990

Α/Α	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΕΙΔΟΣ													
	ΑΥΡΟΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	0-1 ^η	1-5 ^η	5-10 ^η	10 ^η >	Ασπέρτζελα	Εγούδατα	Ηπείριδα	Κοκκίδια	Πολυμορφή	Κόκκινο σημείο	Ανοήθηδα	Ποσειδών	Πυκνίδια	Σοβινοειδή	Συμφυία	Ταβερνίτις	Ουλοειδής	
1		+	+																	
2	+		+					+							+					
3		+	+												+					
4		+					+								+					
5	+				+						+									
6	+				+			+			+									
7	+			+																
8	+				+															+
9		+		+											+					
10		+		+											+					
11		+		+											+					
12		+	+												+					
13		+		+													+			
14	+				+						+				+					
15	+		+																	
16		+		+														+		
17		+	+												+					
18	+						+											+		
19	+		+						+									+		
20	+				+															
21	+		+										+							
22		+	+												+					
23	+			+											+					
24		+		+											+					
25		+		+											+					
26	+				+								+							
27		+		+			+													
28	+		+																	
29	+		+												+					
30	+				+												+			
31		+		+			+								+					
ΣΥΝΟΛΑ	16	15	11	11	7	2	2	2	-	1	2	1	3	-	14	-	5	-	1	

ΑΝΑΣΚΟΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΑΕΙΟΥ" ΠΙΛΤΡΩΝ 1990

Α/Α	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΕΙΔΟΣ												
	Αγόρι	Κορίτσι	0-1 χρ	1-5 χρ	5-10 χρ	10-7 χρ	Αυχαιμωγία	Εξιδρωμα	Ηπατίτιδα	Κοκκύσος	Πολυμυομυο	Διφθ. αμυγ	Δυσεντερία	Παρωτίτιδα	Τυφοειδία	Σαρκοειδία	Συγγειμία	Τυφοειδία νρ	Ουρεπλάσμα
1	+				+				+										
2	+		+										+						
3	+		+																
4		+		+													+		
5	+		+														+		
6		+		+											+				
7		+		+															
8	+				+														+
9	+		+																+
10	+					+													
11		+	+									+							
12		+	+																
13	+				+														
14	+			+											+				
15	+			+							+								
16	+		+																
17		+		+															
18	+					+												+	
19	+			+															+
20	+		+												+				
21	+			+														+	
22	+		+												+				
23		+				+						+							
24	+		+				+												
25		+				+													
26		+		+							+							+	
27	+			+	+														
28		+		+											+				
29	+			+	+										+				
30	+			+											+				
31		+		+											+				
ΣΥΝΟΛΑ	20	11	10	12	5	4	1	4	1	-	2	2	4	1	8	1	2	2	3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΕΙΟΥ" ΠΑΤΡΩΝ 1990

Α/Α	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΕΙΔΟΣ													
	Αρσεν	Κορίτσι	0-1 ^η ετ	1-5 ^η ετ	5-10 ^η ετ	10-17 ^η ετ	Ανιχνεύσιμο	Εξιδρώμα	Αρρώστια	Κοκκώδης	Ασπ. Δοσολύπ	Διφθ. ημερ.	Δυσπνοία	Παρακρίση	Μεταβολία	Σφαιροκύττα	Συγγύλια	Κοκκώδης ημερ.	Ουροπυκνισμός	
1	+			+																
2	+			+															+	
3		+	+					+												
4	+		+																	
5		+	+																	
6		+		+					+											
7		+		+					+											
8	+			+																
9	+		+													+				
10		+			+					+						+				
11		+		+																
12	+			+				+												+
13	+		+																	
14	+					+						+								
15		+		+																
16		+	+													+				
17	+					+										+				
18	+			+												+				
19		+	+																	+
20		+		+				+												
21		+	+																	
22	+		+																+	
23	+			+																
24		+	+								+									
25		+	+																	
26	+		+																	
27		+	+																	
28		+	+					+												
29	+			+							+									
30	+					+														
31		+			+		+													
ΣΥΝΟΛΑ	15	16	14	12	2	3	4	-	-	4	2	1	11	-	4	-	2	1	2	

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΕΙΟΥ" ΠΙΛΤΡΩΝ 1990

Α/Α	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	Ε Ι Δ Ο Σ																	
			Αιμοφίλ	Κορίτσι	0-1 ^{AR}	1-5 ^{AR}	5-10 ^{AR}	10 ^{AR}	Ανιχνεύσιμο	Εξιδρώμα	Ηπατίτιδα	Κορίτσι	Ανιχνεύσιμο	Διφθερίτιδα	Παρωτίτιδα	Τυφοειδίτιδα	Σαλμονέλα	Συφιλις	Τετανός	Δυσεντερία
1			+																	
2				+																
3	+		+	+																
4																				
5							+							+						
6	+			+					+											
7	+				+															
8	+		+																	
9																				
10	+				+															
11					+															
12	+				+															
13					+															
14	+				+															
15	+					+			+											
16			+											+						
17							+													
18	+				+														+	+
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
ΣΥΝΟΛΑ	9	9	5	9	2	2	-	2	-	-	-	-	2	-	12	-	1	-	1	

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΕΙΟΥ" ΠΙΛΤΡΩΝ 1990

Α/Α	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΕΙΔΟΣ													
	ΑΙΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	0-1ΧΡ	1-5ΧΡ	5-10ΧΡ	10ΧΡ	Ανελμώδης	Εξιδρωμα	Αρσενικός	Κοκκύσος	Αντι-διάρρ	Διφτ. ημολ	Δυσπλοια	Παρωτίδα	Πνευμονία	Σαλμονέλα	Σταφυλ	Τυφοειδής νρ	Ουρεπλάσμα	
1	+					+														
2		+				+					+									
3	+				+										+					
4		+		+											+					
5	+				+										+					
6		+				+									+					
7		+				+						+						+		
8	+				+			+												
9	+				+															
10		+			+										+					
11	+			+											+					
12	+		+	+											+					
13		+			+		+								+					
14		+				+														+
15	+				+										+					+
16	+					+									+					
17	+					+									+					
18		+				+						+			+					
19	+					+														+
20	+					+									+					+
21	+			+							+				+					
22	+			+											+					
23	+			+											+					
24		+	+											+						
25		+																		
26		+				+												+		
27		+				+												+		
28	+			+											+				+	
29	+				+		+													
30	+		+						+											
31	+		+							+				+						
ΣΥΝΟΛΑ	19	12	4	6	8	13	2	1	-	1	2	2	3	-	14	-	-	4	2	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (Π.Π.Ν.Π.) Π.Ι.Ο.Υ 1990

ΣΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΕΙΔΟΣ									
Αγόρια	Κορίτσια	0-1 χρ	1-5 χρ	5-10 χρ	10 > χρ	Γρίπη	Εφιάλτα	Ηπατίτιδα	Αστ. Δυσεντ	Κληυσίτιδα	Κορρίλας	Τιφού	Εφιν. Ζωοζιτ	Αιμ. αλβ.	Σύνθετα
23	13	12	9	8	7	5	4	2	2	4	1	12	1	1	4
63,8%	36,2%	33,3%	25%	22,1%	19,3%	13,9%	11,1%	5,7%	5,7%	11,1%	2,7%	33,3%	2,7%	2,7%	11,1%

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (π.π.ν.π.) "ΡΙΟΥ" 1990

Α/Α	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				Ε Λ Δ Ο Σ									
	ΑΝΔΡ	ΓΥΝΑΙΚ	0-1x9	1-5x9	5-10x9	10-17x9	Γρίπη	Εξάνθημα	Ηπατίτιδα	Μολυσμα	Ημικράσια	Κοκκύλλος	Τιφώδης	Εργασιακή	Ροχαλιώδης	Συμφοβία
1	+			+									+			
2	+			+									+			
3	+					+							+			
4	+		+										+			
5	+			+									+			
6	+					+			+							
7		+		+			+									
8		+		+				+								
9		+			+								+			
10	+				+			+								
11		+			+		+									
12		+	+													+
13	+			+									+			
14	+				+								+			
15		+		+									+			
16	+		+								+					
17		+				+									+	
18	+					+							+			
19	+		+													+
20		+				+								+		
21		+				+			+							
22	+				+						+					
23		+		+									+			
24	+		+													+
25		+			+			+								
26	+		+								+					
27	+				+			+								
28	+		+				+									
29	+		+				+									
30	+		+					+								
31	+			+							+					
32		+				+							+			
33		+	+					+								
34	+		+													+
35	+				+		+									
36	+		+									+				
ΣΥΝΟΛΑ	23	13	12	9	8	7	5	4	2	2	4	1	12	1	1	4

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατ' αρχήν πρέπει να τονιστεί ότι με τον τρόπο που μελετήσαμε τα παιδικά λοιμώδη νοσήματα βλέπουμε μόνο το μικρό ποσοστό του συνόλου, κι αυτό γιατί πολλά περιστατικά καταλήγουν στα ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές. Αυτόσυμπεραίνεται από τον αριθμό των παιδιών που εισήχθησαν στα νοσοκομεία (36 παιδιά στο ΠΠΝ/ΡΙΟΥ και 235 παιδιά στο Καραμανδάνειο ΝΠ σε διάστημα ενός έτους από 1.1.90 έως 31.12.1990).

Ας ανατρέξουμε λίγο όμως στην ανασκόπηση των παιδικών λοιμωδών νοσημάτων του (ΠΠΝΠ) Ρίου που όπως προαναφέραμε μόνο 36 παιδιά εισήχθησαν κατά το έτος 1990. Η αναλογία των δύο φύλων είναι 2:1 υπέρ των αγοριών (63,8% Αγόρια, 36,2% κορίτσια).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ηλικία 0-1 χρόνων είναι η πιο ευπαθής στα λοιμώδη νοσήματα με 33,3% χωρίς βέβαια οι άλλες ηλικίες να απέχουν σημαντικά (1-5 (25%))

(5-10 (22,5%))

(10 > (19,3%))

Στο είδος των παιδικών λοιμωδών νοσημάτων υπερτερεί με μεγάλο ποσοστό 33,3% η πνευμονία, δηλαδή το 1/3 των παιδιών που εισήχθησαν. Αμέσως μετά ακολουθεί η γρίπη με 13,9%, το εξάνθημα, η μηνιγγίτιδα, η σηψαιμία με 11,1% και ακολουθούν ηπατίτιδα, λοιμώδη μονοπυρήνωση με 5,7% και κοκκύτης, έρπης ζωστήρ με 2,7%.

Ας ανατρέξουμε όμως και στην ανασκόπηση των παιδικών λοιμωδών νοσημάτων του Καραμανδανείου Νοσοκομείου Πατρών. Παρατηρούμε εδώ ότι η αναλογία των δύο φύλων είναι σχεδόν ίση, με μικρή υπεροχή των αγοριών (54% αγόρια, 46% κορίτσια). Όπως προαναφέραμε πολύ μικρό ποσοστό παιδιών εισήχθηκε στο νοσοκομείο 235 παιδιά μόλις σε 1 έτος. Όσον αφορά την συσχέτιση ηλικίας-ευπάθειας λοιμωδών νοσημάτων δεν υπάρχει σημαντική διαφορά σε κάποια ηλικία:

0-1 χρόνων	29,3%
1-5 χρόνων	31%
5-10 χρόνων	21,2%
10 > χρόνων	18,5%

Όσον αφορά το είδος των παιδικών λοιμωδών νοσημάτων πρωτοέρχεται η πνευμονία με ποσοστό 43,9%. Κατόπιν έρχεται η μηνιγγίτις

τιδα με 14,6% και όλα τα άλλα λοιμώδη νοσήματα (ανεμοβλογιά, εξάνθημα, ηπατίτιδα, κοκκύτης, λοιμώδης μονοπυρήνωση, μελιταίος πυρετός, παρωτίτιδα, σαλμονελλώσεις, σηψαιμία, τυφοειδής πυρετός, φυματίωση) κυμαίνονται από 0,4-10%.

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της μελέτης μας αυτής και των δύο νοσοκομείων βλέπουμε ότι η πνευμονία είναι το υπ' αριθμόν ένα λοιμώδες νόσημα των παιδιών σε μεγάλο ποσοστό, περίπου το 40%. Δεν είναι τυχαίο ότι μεγάλο ποσοστό των παιδιών προσβάλλεται από πνευμονία τους χειμερινούς μήνες (Ιαν. - Φεβρουάριο, Οκτώβριο - Νοέμβριο). Άρα λοιπόν δεν υπάρχει θέμα τύχης στο λοιμώδες νόσημα, αλλά ευθύνονται πρώτα οι γονείς, και μετά όλοι εμείς που είμαστε "οι προστάτες τους". Φυσικά αυτό δεν ισχύει μόνο για την πνευμονία αλλά και για τα άλλα λοιμώδη νοσήματα που δυστυχώς μερικά απ' αυτά είναι πολύ σοβαρά για την υγεία των παιδιών.

Από όποια πλευρά κι αν μιλήσουμε το θέμα σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να δεχθούμε την άποψη ότι το λοιμώδες νόσημα είναι κάτι το τυχαίο, απεναντίας οφείλουμε όλοι και εμείς που είμαστε οι εργάτες της υγείας και ο καθένας ξεχωριστά να αναλάβουμε τελικά τις ευθύνες μας, και υπεύθυνα πλέον να δώσουμε μια λύση, για την δραστική ελάττωση των λοιμωδών νοσημάτων που δεν είναι άλλη απ' αυτήν .

Ενημέρωση των υπεύθυνων ώστε να προλάβουμε και όχι να θεραπεύουμε ένα λοιμώδες νόσημα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) ANEYΛAABHΣ EΛEYΘ. Λοιμώξεις αναπνευστικού - Φυματίωση. Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός", Αθήνα 1986.
- 2) ΓΙΟΒΑΝΗΣ ΧΡ. "Γιοβάνη" (Εγκυκλοπαίδεια) Τόμος 4ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Βιοβάνη", Αθήνα 1987.
- 3) ΓΙΟΒΑΝΗΣ ΧΡ. "Γιοβάνη" (Εγκυκλοπαίδεια) Τόμος 5ος, έκδοση 1η εκδόσεις "Γιοβάνη", Αθήνα 1978.
- 4) COMBY JULES : "Τα νοσήματα των παιδων" Μετάφραση: Γεωργιάδου Ι. Αλεξ. Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις Φέξης Γ., Αθήνα 1898.
- 5) HAWKES NIGEL "AIPS" Μετάφραση: Πολυχρόνη Άρτεμιση Φυλλάδιο 1ο, εκδόσεις "Κέδρος", Αθήνα 1988.
- 6) ΚΑΣΙΜΟΣ ΧΡ. "Πρακτική Παιδιατρική", (Γενικό μέρος). Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Ακμή", Θεσσαλονίκη 1975.
- 7) ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ.Σ. - ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α.Μ. "Νοσηλευτική - Παθολογική Χειρουργική" Τόμος 2ος, μέρος 2ο, έκδοση 9η, εκδόσεις Ιεραποστολικής ένσης αδελφών νοσοκόμων "Ταβιθά", Αθήνα 88.
- 8) MACINTYRE, FIOMA - JONES CHARYN: "Ιατρική εγκυκλοπαίδεια για μωρά και παιδιά". Μετάφραση: Θωμόπουλος Ιωάν. Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Ακμή", Αθήνα 1988.
- 9) MASSONAU, MICHEL - JOLY THIERRY: "οι χίλιες πρώτες μέρες της ζωής" Μετάφραση: Χωραφάς Στράτος. Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Δωρικός", Αθήνα 1988.
- 10) ΜΑΤΣΑΝΙΩΤΗΣ Ν. "Παιδιατρική" Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Ακμή", Αθήνα 1973.
- 11) MONTIS, (-DE) GUY - CHABROLLE, JEAN-PIERRE MAGD, PATRIC: "10 συμβουλές για την υγεία των παιδιών σας" Μετάφραση Θωμόπουλος Ιωαννης. Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Φυτράκης - HACHETTE", Αθήνα 1985.

- 12) ΜΟΡΦΗΣ ΛΕΩΝ. "Παιδιατρική" Τόμος 1ος, Κ.Α. έκδοση 813, Οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 1987.
- 13) ΠΑΛΛΙΔΗΣ Γ. ΣΙΜΟΣ "Το φυσιολογικό παιδί, η φροντίδα και τα προβλήματά του. Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Αίβαζής-Ζουμπύλης", Θεσσαλονίκη 1987.
- 14) ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν. ΖΑΧΟΣ Δ. "Ψυχολογία". Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Κέντρο Ψυχολογικών Μελετών", Αθήνα 1985.
- 15) ΠΑΤΡΙΚΙΟΣ ΒΑΣ. "Περί απολυμάνσεως και προφυλάξεως από τα οξέα λοιμώδη νοσήματα". Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις Βιβλιόπωλειον της Εστίας", Αθήνα 1894.
- 16) ΡΑΓΙΑ ΑΦΡ. "Η συμβολή της αδελφής στην ψυχική υγεία του παιδιού". Πρακτ. 5ου Πανελ. Συνεδρ. ΕΣ.Δ.Ε.Ν. Αθήνα 1980.
- 17) RANTZA LOWELL "Θεραπεία των λοιμωδών νόσων" Μετάφραση : Συνεργείο Ιατρών. Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Κοβάνης", Αθήνα 1965.
- 18) SPOCK BENZAMIN "Το παιδί και η φροντίδα του" Μετάφραση: Αϊδίνης Α. Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Κάκτος", Αθήνα 1987.
- 19) ΣΤΑΜΑΤΕΛΑΤΟΣ ΜΙΧ. "Δομή", (εγκυκλοπαίδεια) Τόμος 12ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Δομή", Αθήνα 1979.
- 20) STTOPARD MIRRAM "Ιατρική εγκυκλοπαίδεια για μωρά και παιδιά". Μετάφραση Θωμόπουλος Ιωάν. Τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις "Ακμή", Αθήνα 1988.
- 21) ΧΩΡΕΜΗΣ Κ. "Παιδιατρική". Τόμος 1ος έκδοση 1η, Οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 1965.