

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ**

**Τμήμα : Νοσηλευτικής**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Λοιμώδη νοσήματα  
και ο ρόλος του νοσηλευτή.**

**Καθηγήτρια : Μπατζή Έλενα**

**Σπουδαστής : Παπαθανασίου Ιωάννης  
Αρ. Φοιτ. Μητρ. : 3681**

**ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2001**



## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΚΕΦ. 1 ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	5
ΚΕΦ. 2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
2.1. Άμυνα του οργανισμού .....	9
2.2. Ανοσία .....	10
ΚΕΦ. 3 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ .....	11
3.1. Μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων .....	12
3.2. Διαίρεση λοιμωδών νοσημάτων .....	12
ΚΕΦ. 4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ .....	18
ΚΕΦ. 5 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ	
- ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ .....	20
5.1.1. Εμβόλια - είδη εμβολίων - εμβολιασμοί .....	20
5.1.2. Είδη εμβολίων .....	21
5.1.3. Σχήμα εμβολιασμού .....	25
5.1.4. Αντενδείξεις εμβολιασμού .....	26
5.1.5. Γενικοί κανόνες εμβολιασμού .....	26
5.1.6. Παρενέργειες εμβολιασμών .....	28
5.1.7. Νοσηλευτική διαδικασία εμβολιασμού .....	28
5.2. Οροί - Ανοσοσφαιρίνες .....	28
5.3. Απομόνωση ασθενών - φορέων .....	30
5.4. Καθαριότητα .....	31
5.5. Εξυγίανση του περιβάλλοντος .....	32
ΚΕΦ. 6 ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ	
ΣΕ ΙΟΥΣ .....	34
6.1. Ανεμευλογία .....	34

6.2. Έρπης - ζωστήρ .....	36
6.3. Ευλογιά .....	38
6.4. Ερυθρά .....	40
6.5. Παρωτίτιδα .....	43
6.6. Ιλαρά .....	45
6.8. Πολυομυελίτιδα .....	48
6.9. Γρίπη .....	50
6.10. Ηπατίτιδα Α .....	54
6.11. Λοιμώδης μονοπυρήνωση .....	56
6.12. Σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας AIDS .....	58
6.13. Αιφνίδιο εξάνθημα .....	60

## ΚΕΦ. 7 ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ

ΣΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑ .....	61
7.1. Φυματίωση .....	61
7.2. Μικροβιακή Μηνιγγίτιδα .....	64
7.3. Διφθερίτιδα .....	66
7.4. Κοκκύτης .....	69
7.5. Οστρακιά .....	72
7.6. Τέτανος .....	74
7.7. Τυφοειδής πυρετός .....	77
7.8. Μελιταίος πυρετός .....	80

## ΚΕΦ. 8 ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΥΚΗΤΕΣ

Ή ΜΗΚΥΤΙΑΣΕΙΣ .....	82
8.1. Ερύθρασμα .....	82

8.2. Πυτιρίαση .....	
82	
ΚΕΦ. 9 ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ...	83
ΚΕΦ. 10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ .....	86
ΚΕΦ. 11 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ .....	89
11.1. Προαγωγή σχολικής υγείας .....	89
11.2. Νοσηλευτική διαφώτιση μαθητών .....	91
11.3. Νοσηλευτική διαφώτιση γονέων και διδακτικού προσωπικού .....	92
ΚΕΦ. 12 Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ .....	
93	
ΚΕΦ. 13 ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	94
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	95
ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ .....	97
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
• Κλινική περίπτωση Α .....	
99	
• Κλινική περίπτωση Β .....	
104	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η ανάπτυξη των εμβολιασμών και η χρήση αντιβιοτικών, μείωσαν ή εξαφάνισαν μερικά από τα λοιμώδη νοσήματα, ώστε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αλλά και οι Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας πίστεψαν ότι έπαψαν να αποτελούν πρόβλημα δημόσιας υγείας για τις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες. Ο εφησυχασμός ήταν εμφανής.

Τα τελευταία χρόνια, με την εμφάνιση νέων λοιμωδών νοσημάτων, αλλά και με την επανεμφάνιση των παλαιών επιδημιών, από την αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης και της ευρείας μετακίνησης των πληθυσμών, καθώς και της ανάπτυξης ανθεκτικών στα αντιβιοτικά μικροοργανισμών, άλλαξε η πολιτική έναντι των λοιμωδών νοσημάτων. Έγινε κατανοητή η ανάγκη επαύξησης της ετοιμότητας και επαγρύπνησης σε δύο τομείς, την πρόληψη και τη θεραπεία.

Η πρώτη, που περιλαμβάνεται στην προληπτική Ιατρική υπερέχει της δεύτερης της Θεραπευτικής, αφού με την εφαρμογή των μέτρων της, στηριζόμενη στη συνεργασία και τη βοήθεια του κοινού, επιτυγχάνει μία αποτελεσματική αγωγή υγείας. Ιδιαίτερα στα λοιμώδη νοσήματα κατέχει πρωταρχική θέση που ξεκινά από την παιδική ηλικία. Η προέχουσα σημασία του συνίσταται και στο γεγονός ότι από τον πληθυσμό αυτό, θα εξαρτηθεί η κατάσταση της υγείας του μελλοντικού πληθυσμού της χώρας. Ο παιδικός πληθυσμός είναι ο σημαντικότερος φορέας μετάδοσης γνώσεων και μηνυμάτων υγείας την οικογένεια και στην κοινότητα, διαμορφώνοντας τη στάση και τη συμπεριφορά τους σε θέματα υγείας.

Η ανύψωση του βιοτικού επιπέδου εξαιτίας των επιτευγμάτων και κατακτήσεων της τεχνολογίας, όπως και των προόδων της ιατρικής επιστήμης, πέτυχε την παράταση της διάρκειας, κατά μέσο όρο, της ανθρώπινης ζωής. Πριν μερικά χρόνια, το άκουσμα εμφάνισης λοιμωδών νοσημάτων (πανώλης, ευλογιάς κ.λπ.) όπως και

πριν 30ετίας ο φόβος έναντι της φυματίωσης, προκαλούσε έντονο φόβο και απαισιοδοξία στους ανθρώπους. Η βελτίωση, όμως, των συνθηκών υγιεινής διαβίωσης και διατροφής και η περαιτέρω βελτίωση των συνθηκών ύδρευσης, αποχέτευσης και διαβίωσης συντέλεσαν στην ελάττωσή τους.

Παράλληλα η Ιατρική κατάφερε με τις προόδους που σημείωσε να βοηθήσει στο να εκλείψουν οι μεταδοτικές αυτές ασθένειες.

Η σημαντικότητα αυτή, καθώς και η επικαιρότητα των λοιμωδών νοσημάτων μου έδωσε το έναυσμα για την προσπάθεια παρουσίασης, αρχικά του μηχανισμού δράσης των λοιμωδών νοσημάτων και μας γενικευμενης εικόνας της παθοφυσιολογίας τους.

Στην συνέχεια θα ασχοληθώ με την υπόδειξη των κατάλληλων μέτρων και μέσων για την προφύλαξη από τα νοσήματα αυτά, για την διατήρηση και βελτίωση της υγείας ώστε να αποτελέσει προαγωγό για την ανύψωση του επιπέδου υγείας του κοινωνικού συνόλου.

Περισσότερο θα βασιστώ να παρουσιάσω γενικά τα λοιμώδη νοσήματα, την πρόληψή τους και τη θεραπεία τους, με αναφορά και στην ενημέρωση που απαιτείται στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Τέλος, η 24-ωρη θέση του Νοσηλευτή δίπλα στον άρρωστο και στο αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση του κεντρική, την ευθύνη σημαντική και τη συμβολή του στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη. Για το λόγο αυτό θα αναφερθώ και στο ρόλο του απέναντι στο θέμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πληθυσμός της γης ανεξάρτητα από την μείωση των γεννήσεων που παρουσιάζεται στην εποχή μας, εμφανίζει ραγδαία ανάπτυξη. Έτσι λοιπόν υποστηρίζεται, ότι αυτή οφείλεται κατά κύριο και σπουδαιότερο λόγο, στην καταπολέμηση των λοιμώξεων, στη βοήθεια που προσφέρει η Ιατρική επιστήμη, στην πρόληψη, όπως επίσης και στην αποτελεσματική θεραπεία, με την χρήση των χημιοθεραπευτικών και αντιβιοτικών φαρμάκων.

Η βοήθεια που πρόσφεραν οι προληπτικοί εμβολιασμοί και η απομόνωση για την απαλλαγή της ανθρωπότητας από τη μάστιγα των μεγάλων επιδημιών, ήταν μεγάλης αξίας και σπουδαιότητας. Εμβολιασμοί γίνονταν και παλιότερα στην Κίνα και στις Ινδίες έναντι της ευλογιάς. Ο πλέον, όμως, αποδοτικός εμβολιασμός έναντι της ευλογιάς επιτεύχθηκε με το εμβόλιο του δαμαλισμού από τον Jenner στο τέλος του 18ου αιώνα. Στη συνέχεια ο Louis Pasteur και ο Robert Coch, θεμελίωσαν τις βάσεις της μικροβιολογίας και βοήθησαν στην πρόοδο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των λοιμώξεων (Κ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ 1984 σελ. 3-5).

Ο Louis Pasteur ανακάλυψε την ύπαρξη μικροοργανισμών στο γάλα, που αποτελούν την αιτία ζυμώσεώς του, ενώ ο Robert Coch, κατάφερε να απομονώσει και καλλιεργήσει τους μικροοργανισμούς αυτούς και στη συνέχεια να τους διοχετεύσει δι' εμβολιασμού σε ζώα, προκαλώντας νόσηση. Έτσι αποδεικνύεται η αντίληψη, ότι η διήθηση της καλλιέργειας που στερείται μικροβίων δεν είναι ικανή να προκαλέσει νόσηση, ενώ ο εμβολιασμός με διάλυμα μικροβίων προκαλεί νόσηση. Η ύπαρξη στον οργανισμό διάφορων παθογόνων μικροοργανισμών ή η μόλυνση εξαιτίας αυτών δεν συνεπάγεται



οπωσδήποτε και λοίμωξη με τοπική και γενική βλάβη αυτού. Όταν όμως υπάρχει ελάττωση της αντίστασης του οργανισμού στα μικρόβια, αύξηση της τοξικότητας και της ικανότητας της εισβολής των μικροοργανισμών, ελάττωση της αντίστασης του ξενιστή του ανθρώπινου οργανισμού εναντίον αυτών, όπως και μεγάλος αριθμός λοιμωδών παραγόντων, τότε έχουμε συνθήκες που επιτρέπουν και ευνοούν την ανάπτυξη τοπικής και γενικής λοίμωξης. (N. ΚΑΤΣΑΝΙΩΤΗ 1972 σελ. 497-500, Γ. ΑΡΑΠΑΚΗΣ 1968 σελ. 15-17).

Οι τοπικές λοιμώξεις αφορούν τις διαφόρων ειδών φλεγμονές. Οι γενικές, οι ονομαζόμενες και λοιμώδεις νόσοι, εκτός των αντιδράσεων που προκαλούν στον οργανισμό (πυρετό, γενική κακουχία, κεφαλαλγία κ.λπ.), χαρακτηρίζονται από το διαφορετικό χρόνο επώασης, την επίδραση σε διάφορα όργανα του ανθρώπου, τη μεταδοτικότητα, καθώς και την ανοσία που αφήνουν στο άτομο, μετά την νόσηση. Πρέπει, επίσης, να τονίσουμε ότι οι επιδράσεις των διαφόρων λοιμωδών παραγόντων στον οργανισμό που υφίσταται τη λοίμωξη, η διάρκεια εμφάνισης των συμπτωμάτων, οι μεταβολές σχετικά με την αντίσταση του πάσχοντος οργανισμού και οι αναμενόμενες επιπλοκές, είναι ανάλογες της ιδιοσυγκρασίας του πάσχοντος οργανισμού, στον οποίο τα μικρόβια εισέρχονται, πολλαπλασιάζονται και διαχέονται οι λοιμώδεις παράγοντες και οι τοξίνες τους (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988 σελ. 75-77).

Στα λοιμώδη νοσήματα διακρίνουμε :

Χρόνος επώασης : Τονίζουμε ότι είναι η διάρκεια από την ημέρα της μόλυνσης, μέχρι της εκδήλωσης των συμπτωμάτων και διαφέρει σε κάθε λοιμώδες νόσημα.

π.χ. ευλογιάς 10-13 ημέρες,

ελονοσίας 1 εβδομάδα μέχρι 7-10 μήνες.

Χρόνος μετάδοσης : Είναι η διάρκεια μετάδοσης κάποιας λοιμώδους παθήσεως από ένα άτομο σε κάποιο άλλο (Ε. ΚΑΛΚΑΝΗ 1996 σελ. 23).

## 2.1. ΑΜΥΝΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Άμυνα είναι η ικανότητα του οργανισμού να αντιστέκεται με διάφορους μηχανισμούς στην είσοδο μικροβίων, και στην δράση τους με την καταστροφή αυτών.

1) **Φυσική άμυνα**, επιτυγχάνεται με το δέρμα, που καλύπτει την εξωτερική επιφάνεια του σώματος και με τους βλεννογόνους που καλύπτουν τα συστήματα και εμποδίζουν την είσοδο των μικροβίων και τη δράση τους (Σ. ΠΛΕΣΣΑΣ 1994 σελ. 193).

α) Με διάφορα κύτταρα, όπως τα πολυμορφοπύρηνα, λευκά αιμοσφαίρια, τα μεγάλα μονοπύρηνα, τα ιστιοκύτταρα. Αυτά επιτυγχάνουν την άμυνα του οργανισμού με τη φαγοκυττάρωση.

β) Με διάφορες αντιμικροβιακές ουσίες του αίματος (λευκίνες).

γ) Με το υδροχλωρικό οξύ του στομάχου.

δ) Η φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα των βλεννογόνων ανταγωνίζεται την ανάπτυξη μερικών μικροβίων.

ε) Με τα αντισώματα (οπ. σελ. 147-153).

### 2) **Τεχνητή άμυνα**,

α) με εμβόλια και ορούς

β) με φάρμακα και άλλα μέσα (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988 σελ. 79).

## 2.2. ΑΝΟΣΙΑ

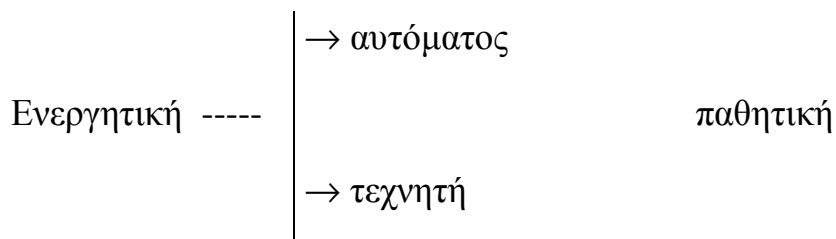
**Ανοσία** είναι η ικανότητα του οργανισμού να αμύνεται εναντίον οποιασδήποτε ξένης ουσίας (μικροβίου, ιού κ.α.) που εισέρχεται σ' αυτόν (Μόρφης 1988 σελ. 125).

Εννοούμε την ικανότητα του οργανισμού να προφυλάσσεται από τη δράση των μικροβίων και των προϊόντων τους. Διακρίνεται σε φυσική (ειδών, φύλλων, ατόμων) και επίκτητη (Γ. ΑΡΑΠΑΚΗΣ 1968 σελ. 25).

**Φυσική ανοσία** είναι η ικανότητα που έχει ο οργανισμός να αμύνεται έναντι της λοιμογόνου επίδρασης των μικροβίων, χωρίς να έχει έρθει σε προηγούμενη δραστική σχέση με αυτά.

**Επίκτητος ανοσία** είναι η ικανότητα του οργανισμού να προφυλάσσει τον εαυτό του από τη λοιμογόνο δύναμη των μικροβίων, αφού προηγουμένως έχει έλθει σε δραστική επαφή με αυτά.

Διακρίνεται σε



1) Ενεργητική, που μπορεί να είναι αυτόματος (κρυψιμόλυση), και τεχνητή (εμβόλια).

2) Παθητική, που επιτυγχάνεται με εισαγωγή στον οργανισμό ετοιμών αντισωμάτων. Αυτά μεταβιβάζονται στο βρέφος από τον πλακούντα και διά μέσου του γάλακτος (ΤΣΟΧΑ 1988 σελ. 77-79).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Νόσος είναι κάθε διαταραχή της υγείας και οφείλεται σε διάφορα αίτια. Τέτοια είναι διατροφικά, μικροβιακά, παρασιτικά, κληρονομικά, ψυχικά, μορφωτικά, οικονομικά, κοινωνικά, επαγγελματικά, ατυχήματα, φυσικού περιβάλλοντος. Εμείς θα αρκεστούμε να περιγράψουμε και να αναφέρουμε τις νόσους που οφείλονται σε μικρόβια ή παράσιτα, νόσοι, οι οποίες λέγονται λοιμώδη νοσήματα. Η πρόσκληση της νόσου γίνεται με την είσοδο και εγκατάσταση στον ανθρώπινο οργανισμό μικροοργανισμών που πολλαπλασιάζονται και προκαλούν τη νόσο (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988 σελ. 22-23, Μ. ΜΑΛΓΚΡΙΝΟΥ 1995 σελ. 171).

Τα λοιμώδη νοσήματα είναι αρρώστιες (ιλαρά, μηνιγγίτιδα, διφθερίτιδα κ.λπ.) που προκαλούνται από παθογόνα μικρόβια ή ιούς και μεταδίδονται εύκολα, έχουν ελαφρά ή βαριά γενικά φαινόμενα (πυρετό, βήχα, εξάνθημα, διάρροια κ.α.).

Όταν ένα λοιμώδες κάνει μόνιμα κρούσματα, τότε λίγα και τότε πολλά, τότε λέμε πως έχουμε **ενδημία**. Όταν εξαπλωθεί σε μεγάλη περιφέρεια τότε έχουμε **επιδημία**. Όταν εξαπλωθεί σε όλη τη χώρα, ή και σε άλλες, τότε έχουμε **πανδημία** (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988 σελ. 83).

**Τα λοιμώδη νοσήματα εμφανίζουν τα εξής χαρακτηριστικά :**

- α) η εισβολή της νόσου είναι οξεία και συνοδεύεται με πυρετό
- β) προκαλούνται από ειδικό μικρόβιο ή ιό
- γ) έχουν ορισμένη πορεία και συχνά εμφανίζονται κατά επιδημίες
- δ) είναι πολύ μεταδοτικά και
- ε) πολλά από αυτά αφήνουν ισόβια ανοσία (Ν. ΚΟΥΝΗΣ 1997 σελ. 12).

### 3. 1. ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η πιο ορθή διαίρεση για τα λοιμώδη νοσήματα είναι αυτή που στηρίζεται στην αιτιολογία τους. Έτσι με βάση αυτή, τα λοιμώδη νοσήματα διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες οι οποίες είναι οι εξής :

- α) Σε όσα οφείλονται σε μικρόβια
- β) σε ιούς (ιώσεις)
- γ) σε παράσιτα (παρασιτώσεις) και
- δ) σε όσα οφείλονται σε μύκητες (μυκητιάσεις) (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988 σελ. 85).

### 3.2. ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ - ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ - ΜΟΛΥΝΣΕΩΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα λοιμώδη νοσήματα μεταδίδονται με πολλούς τρόπους. Ένας από τους τρόπους αυτούς είναι από τον ένα άνθρωπο στον άλλο (γρίπη, φυματίωση). Στις περιπτώσεις αυτές, μιλάμε για άμεση μετάδοση και εδώ περιλαμβάνονται και οι περιπτώσεις που κάποιο νόσημα μεταδίδεται από αναρρωνύοντες ή από υγιείς, που ενώ δεν νοσούν, φέρουν το μικρόβιο και το μεταδίδουν. Αυτά τα άτομα ονομάζονται υγιείς μικροβιοφορείς, σε αντίθεση προς τα άρρωστα, που ονομάζονται μικροβιοφορείς. Άλλοι τρόποι, είναι η μετάδοση με τα μολυσμένα αντικείμενα ή τον αέρα. Σ' αυτή την περίπτωση μιλάμε για έμμεση μετάδοση. Εδώ περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις εκείνες που για να γίνει η μόλυνση μεσολαβεί κάποιο ζώο, δηλαδή ο διάμεσος ξενιστής. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1998 σελ. 81-82).

Σε πολλές περιπτώσεις για να μεταδοθεί μία νόσος, ανάμεσα στο διάμεσο ξενιστή και τον άνθρωπο, παρεμβάλλεται και ένας ακόμη οργανισμός, ο διαβιβαστής (π.χ. στην πανώλη διάμεσος ξενιστής είναι ο αρουραίος και

διαβιβαστής ο ψύλλος των ποντικών). Σε μερικά νοσήματα η μετάδοση μπορεί να γίνει και άμεσα και έμμεσα. Ακόμη μεταδίδεται με απεκκρίσεις (κόπρανα). Επίσης, σε περίπτωση που τα πτύελα πέφτουν στο έδαφος, ξηραίνονται, αναμιγνύονται με τη σκόνη που αιωρείται και εισπνέονται από τα υγιή άτομα (ο.π. σελ. 82-83).

Πιο αναλυτικά η διασπορά των λοιμωδών νοσημάτων για το καθένα ξεχωριστά έχει ως εξής.

Για τον έρπητα ζωστήρα είναι άγνωστος. Για την ανεμευλογιά ο μηχανισμός διασποράς και μόλυνσεως επιτυγχάνεται έμμεσα από τον αέρα (εισπνοή σταγονιδίων) και συνήθως μια ημέρα πριν το εξάνθημα μέχρι έξι μέρες μετά την εμφάνισή του. Ο ιός στην περίπτωση της ανεμευλογιάς εισέρχεται διά του βλενογόνου του αναπνευστικού συστήματος. Ο ιός προκαλεί δύο διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις. Την ανεμευλογιά και τον ζωστήρα (Κ. ΡΟΥΚΑ 1978 σελ. 273).

Στην ευλογιά ο μηχανισμός διασποράς και μόλυνσεως γίνεται με την άμεση επαφή με τον πάσχοντα και τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν από αυτόν. Από τον αέρα μέσω εισπνοής σταγονιδίων που εκπέμπονται από τον πάσχοντα. Μέσω του πεπτικού συστήματος. Υπάρχει πιθανότητα να διασπείρεται και να μολύνει μέσω των εντόμων. Από εισπνοή μολυσμένης σκόνης. Με επαφή από τα ενδύματα, κλινοσκεπάσματα κ.λπ. αντικείμενα του ασθενούς. Μερικοί υποστηρίζουν ότι κατά το στάδιο της επώασης οι ασθενείς δεν μεταδίδουν τον ιό και επομένως, επικίνδυνος χρόνος μετάδοσης είναι από όταν εμφανίζονται οι εφιλκίδες. Γενικώς είναι λίαν μεταδοτική νόσος (Κ. ΡΟΥΚΑΣ 1978 σελ. 258).

Στην μετάδοση της ερυθράς η άμεση ή έμμεση επαφή με τα σταγονίδια και η εισπνοή του κονιορτού αρκούν. Η μόλυνση επιτυγχάνεται με την είσοδο

του ιού στο αναπνευστικό σύστημα. Οι πιο επικίνδυνες μέρες είναι το προδρομικό στάδιο και οι 4 μέρες μετά την έναρξη της νόσου. Το προδρομικό στάδιο δεν είναι ο χρόνος επώασης αλλά ο χρόνος λίγο πριν το εξάνθημα, κατά το οποίο έχουμε τραχηλική αδενοπάθεια. Στην ερυθρά μετά το στάδιο της επώασης 14-25 ημερών (συνήθως όμως 18 ημερών) αφού ο ιός εισήλθε μέσω του αναπνευστικού συστήματος (βλενογόννων των ανωτέρω αναπνευστικών οδών) και αναπτύχθηκε στη συνέχεια αφού προκαλέσει ιαιμία, εμφανίζεται το προδρομικό στάδιο της νόσου, το οποίο χαρακτηρίζεται από εγκατάσταση του ιού στους λεμφαδένες και στο δέρμα. Μετά την εγκατάσταση του ιού στο δέρμα εμφανίζεται το εξάνθημα, το οποίο αρχίζει από το πρόσωπο και επεκτείνεται στη συνέχεια στο λαιμό και τον κορμό. Η διάρκεια του εξανθήματος είναι 2-3 μέρες. Η απολέπιση του δέρματος είναι απαραίτητη. Η τραχηλική αδενίτιδα πολλές φορές, η οποία είναι χαρακτηριστική επί ερυθράς, προκαλείται από την εγκατάσταση του ιού σ' αυτούς τους αδένες. Είναι δυνατό να παρατηρηθεί η διόγκωση και άλλων λεμφαδένων μέχρι γενίκευσης. (Κ. ΡΟΥΚΑ 1978 σελ. 293).

Η παρωτίτιδα διασπείρεται κυρίως εκ του πάσχοντος 6 μέρες πριν την εκδήλωση της νόσου και 9 μέρες μετά αυτής, με τα σταγονίδια που εκπέμπονται από τον πάσχοντα με άμεση ή έμμεση επαφή με τον πάσχοντα ή με των πρόσφατα μολυνθέντων αντικειμένων από αυτόν. Στη θερμοκρασία του περιβάλλοντος εξαφανίζεται πολύ γρήγορα η μεταδοτικότητα του ιού. Μετά τους παρωτιδικούς αδένες πάσχουν και οι άλλοι σιελογόνοι αδένες. Μπορούν να προσβληθούν και άλλα όργανα όπως π.χ. οι όρχεις (αρχίτιδα), το πάγκρεας, οι επιδιδυμίδες, ο προστάτης, οι ωοθήκες, το ήπαρ, ο σπλην, όπως και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Μπορούν επίσης να προσβληθούν οι μαστοί, ο θυρεοειδής αδένας, το μυοκάρδιο κ.α.

Η πιο ενδιαφέρουσα επιπλοκή είναι η παρωτιδική ορχίτιδα που εμφανίζεται στο 1/5 των νοσούντων (ο.π. σελ. 285).

Η ιλαρά μεταδίδεται με άμεση και έμμεση επαφή δηλαδή με τα σταγονίδια της ρινοφαρυγγικής κοιλότητας, τον αέρα, και από τα πρόσφατα μολυνθέντα αντικείμενα από τον πάσχοντα. Ο πάσχων είναι μολυσματικός 9 ημέρες, 4 μέρες πριν και 5 μετά την εμφάνιση του εξανθήματος. Η μόλυνση επιτυγχάνεται μέσω του αναπνευστικού συστήματος. Στις εγκύους ο ιός διέρχεται του πλακούντα. Τα βρέφη μέχρι 6 μηνών είναι άνοσα από τα αντισώματα της μητέρας. (ο.π. σελ. 290).

Παρόμοια και στην πολυομελίτιδα η άμεσος και έμμεση επαφή από μολυσμένα τρόφιμα και αντικείμενα. Ο ιός εισέρχεται από το σώμα και με την είσπνοη. Μετά την είσοδο του ιού στον οργανισμό, αυτός εισβάλλει στον ιστό των λεμφαδένων του αναπνευστικού συστήματος και του εντέρου. Εκεί πολλαπλασιάζεται επί 7 ημέρες και μετά προκαλεί, ιαιμία. Γενικώς ο ιός της πολυομελίτιδος ακολουθεί το μηχανισμό μόλυνσεως και διασποράς των γαστρεντερικών νόσων και σπάνια των αερογενών (με σταγονίδια). Σημαντικός τρόπος μόλυνσης είναι από τα χέρια των νοσούντων (ο.π. σελ. 314).

Στην γρίπη επίσης η έμμεσος επαφή μέσω του αέρα αρκεί για τη διασπορά και η μόλυνση. Σπάνια, μεταδίδεται με μολυσμένα αντικείμενα. Πύλη εισόδου είναι οι αεροφόροι οδοί και κύριος τρόπος μετάδοσης η άμεσος επαφή προς τον πάσχοντα. Μετά την μόλυνση καταλείπεται ανοσία μικρής διάρκειας εν τούτοις έρευνες τείνουν να δείξουν ότι αυτή διαρκεί 3-4 έτη (ο.π.χ σελ. 282).

Για την λοιμώδη ηπατίτιδα χρώου Α ισχύουν ότι και για τις εντερολοιμώξεις. Δηλαδή με τις μολυσμένες τροφές και νερό. Σπανιότερα αναφέρονται τρόποι μόλυνσης από τις μύγες, τα κουνούπια και τους αρουραίους. Επίσης με το αίμα των πασχόντων χορηγούμενο από το στόμα ή



παρεντερικώς. Η ηπατίτιδα Α αναφέρεται ότι είναι δυνατόν να μεταδοθεί και μέσω σταγονιδίων, αλλά αυτός ο τρόπος μόλυνσης είναι σπάνιος. Γενικά, η λοιμώδης ηπατίτιδα Α έχει πολλές ομοιότητες, από επιδημιολογικής άποψης, με την πολυομυελίτιδα, δηλαδή στον μεγάλο αριθμό κρυψιμολύνσεων έναντι των εμφανών λοιμώξεων και του τρόπου μόλυνσης (ο.π. σελ. 332).

Η λοιμώδης μονοπυρήνωση δεν είναι πολύ μεταδοτική πιθανολογείται ότι μεταδίδεται από το φίλημα, γι' αυτό εμφανίζεται συχνά σε στρατιώτες, σε μαθητές σχολείων και σε τροφίμους ιδρυμάτων, υπό μορφή επιδημίας. Προσβάλλονται συνήθως νέα άτομα.

Προκαλείται οξεία εμπύρετη κατάσταση με ρινοφαρυγγίτιδα, αμυγδαλίτιδα και αδενοπάθεια κυρίως τραχηλική. Επίσης, παρατηρείται διόγκωση του σπληνός σε 60-75% των περιπτώσεων. Σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται εξάνθημα και σπάνια μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Η νόσος είναι καλοήγησ. σε πολλές περιπτώσεις έχουμε ασυμπτωματική μορφή, ενώ γενικώς η όλη κατάσταση καταλήγει σε ίαση. (ο.π. σελ. 328).

Η μηνιγγίτιδα, εύκολα διασπείρεται από βρώση μεμολυσμένων τροφίμων, από εισπνοή μεμολυσμένου κονιορτού, ή μεμολυσματικών σταγονιδίων εκπεμπομένων από τον πάσχοντα άνθρωπο. Επίσης από μεμολυσμένους κροτώνες ή ακάρεα. Ο καλός αερισμός των χώρων ιδιαίτερα εκείνων που συχνάζουν πολλά άτομα, όπως π.χ. σχολεία, πανεπιστήμια, στρατόπεδα κ.λπ. Ο ιός δεν δύναται να επιβιώσει στο εξωτερικό περιβάλλον για μεγάλο χρονικό διάστημα. (ο.π. σελ. 326).

Στον τέτανο η μόλυνση πραγματοποιείται με την είσοδο των τετανικών σπόρων εντός του οργανισμού, με πολλούς τρόπους κυρίως μέσω της λύσης της συνεχείας του δέρματος. Μεγάλα ή μικρά τραύματα είναι η οδός μόλυνσης. Μετά την είσοδο έχουμε περίοδο επώασης ποικίλης διάρκειας. (Βραχείας 2-6 ημερών, μέσης 6-10 και μακράς πέραν των 10 ημερών) που μπορεί να φτάσει

και τον 1 μήνα ή πολύ περισσότερο. Κατά τη διάρκεια της επώασης δεν έχουμε κάποιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα, τοπικό ή γενικό που να υποδηλώνει την μελλοντική εκδήλωση του τετάνου. Το κλωστήριο του τετάνου παραμένει εντός του τραύματος και δρα μέσω της τοξίνης, την οποία απεκκρίνει και κατά συνέπεια είναι λίαν ενεργή. Αντιστέκεται, δε, και στα πιο ισχυρά αντισηπτικά μέσα. (ΚΑΒΑΖΑΡΑΚΗΣ Ι. 1988 σελ. 188).

Στο AIDS η διασπορά γίνεται με επαφή με μολυσμένο αίμα με βελόνες που χρησιμοποιούνται από περισσότερα από του ενός άτομα, μεταγγίσεις μολυσμένου αίματος και προϊόντων του, μετάδοση από μητέρα σε βρέφος ή μετάδοση ετεροσεξουαλικών ή ομοιοσεξουαλικών σχέσεων. Σε πολλές περιπτώσεις μεταγγίσεων αποδείχθηκε ότι οι μονάδες μολυσμένου αίματος προέρχονταν από ασυμπτωματικούς δότες οι οποίοι στη συνέχεια βρέθηκε ότι είχαν μολυνθεί με τον HIV. Η λοίμωξη με τον HIV μπορεί να μεταδοθεί κατά την ετεροσεξουαλική επαφή και προς τις δύο κατευθύνσεις με την κολπική συνουσία. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι μη σεξουαλική και μη παρεντερική επαφή με μολυσμένα άτομα δεν συνεπάγεται μετάδοση της λοίμωξης από HIV. (ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι. 1996 σελ. 29).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Η διείσδυση των λοιμωδών παραγόντων στον οργανισμό προκαλεί μετά από μόλυνση, γενική ή τοπική λοίμωξη. Η τοπική λοίμωξη παίρνει διαφορετικό χαρακτήρα, ανάλογα με το είδος του λοιμώδους παράγοντα. Η τοπική άμυνα του οργανισμού καθίσταται δυνατή χάρη στα μακροφάγα κύτταρα, τα οποία συνίσταται κυρίως σε δικτυοκύτταρα και λιγότερο σε ινοβλάστες και ενδοθηλιοκύτταρα (Χ. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ 1991 σελ. 13-14).

Εκτός όμως από αυτά, συντελείται συρροή κυττάρων του αίματος στην εστία εισβολής των μικροοργανισμών και κινούμενα με αμοιβαδοειδείς κινήσεις προς τα μικρόβια, αποκτούν όχι μόνο μικροβιοφάγο ικανότητα, αλλά και μικροβιοκτόνες ουσίες, τις λευκίνες, και έτσι με τον τρόπο αυτό εξουδετερώνεται η εισβολή των παθογόνων μικροοργανισμών (ο.π. σελ. 15).

**Πως εμφανίζεται η γενική λοίμωξη.**

Στη γενική λοίμωξη παρουσιάζονται αντιδράσεις από το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα. Παρατηρείται, κυρίως, αντίδραση των οργάνων, ήπατος, σπληνός, λεμφαδένων, δέρματος που αποτελούνται από δικτυοενδοθηλιακό ιστό. Η φλεγμονώδης υπεραιμία και διόγκωση του ήπατος και του σπληνός και η διόγκωση των λεμφαδένων με τα εξανθήματα του δέρματος, είναι εκδηλώσεις της γενικής λοίμωξης όσον αφορά τις κοινές εκδηλώσεις κάθε λοιμώδους νόσου, όπως η επώαση, η εμφάνιση γενικών συμπτωμάτων (πυρετού, καταβολή γενικής δύναμης, κακουχία, κεφαλαλγία και συχνά οσφυαλγίας, γαστρεντερικών διαταραχών και εκδηλώσεις από το αίμα και την ανάρρωση και ανοσία), έχουν σχέση με τη γενική ανοσοβιολογική

αντίδραση του οργανισμού, στον οποίο εισήλθαν οι λοιμώδεις παράγοντες (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1989 σελ. 75-76).

Για να προκληθεί λοιπόν η εκδήλωση της νόσου, πρέπει οι λοιμώδεις παράγοντες και οι τοξίνες τους, να ενεργήσουν σαν αντιγόνα, έτσι ώστε να προέλθουν τα είδικά από τον οργανισμό αντισώματα (Σ. ΠΛΕΣΣΑΣ 1994 σελ. 151).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ - ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Η αντίληψη ότι η πρόληψη των ασθενειών αποτελεί πολύ καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισής τους από οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή, έχει επικρατήσει από αρχαιοτάτων χρόνων. Τούτο φαίνεται από το γεγονός ότι η προσπάθεια του ανθρώπου να προλάβει την εκδήλωση ασθενειών με κάποια μέθοδο εμβολιασμού χρονολογείται αρκετούς αιώνες πριν από τη γέννηση του Χριστού. Μέσα από αυτή την προσπάθεια κατάφερε να έχει στη διάθεσή του πολλά μετρα πρόληψης. Εδώ θα αναφερθούν μερικά μόνο από αυτά όπως τα εμβόλια, τους ορούς και την απομόνωση των ασθενών και των μικροβιοφορέων που αποτελούν και τα πιο διαδεδομένα.

#### 5.1.1. ΕΜΒΟΛΙΑ, ΕΙΔΗ ΕΜΒΟΛΙΩΝ, ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

Μεγάλη σημασία για την υγεία των παιδιών και κατ' επέκταση για τη δημόσια υγεία, έχει ο εμβολιασμός που αποσκοπεί στην ανοσοποίηση του οργανισμού, έτσι ώστε να ενισχύεται η αμυντική του δύναμη. Στις αναπτυγμένες χώρες το έργο των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, είναι να διατηρηθεί ένα λογικό επίπεδο ανοσίας, ενάντια σε αυτές τις λοιμώξεις. Τα εμβόλια αποτελούν άριστο τρόπο προφύλαξης από τα λοιμώδη νοσήματα. Εμβολιασμός καλείται η εισαγωγή εντός του οργανισμού, παρεντερικώς (με υποδόρια ή I.m. ένεση διαλυμάτων) ή από το στόμα, εντός εμβολίου. Με τους εμβολιασμούς έχουν περιορισθεί πολλά σημαντικά λοιμώδη, ενώ άλλα έχουν εξαφανισθεί. Άρα η εφαρμογή τους είναι απολύτως επιβεβλημένη (Silver 1989 σελ. 24).

### 5.1.2. ΕΙΔΗ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Τα είδη των εμβολίων είναι τα εξής :

- α) Εκείνα που περιέχουν ανατοξίνη των μικροβίων, όπως αντιτετανικό, αντιδιφθεριτικό
- β) τα προερχόμενα από εναιώρημα νεκρωθέντων μικροβίων, όπως αντιτυφικό, κοκκύτου
- γ) εκείνα που προέρχονται από ζώντες, αλλά εξασθενημένους ιούς όπως πολυομυελίτιδος, ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας
- δ) από εξασθενημένα μικρόβια, όπως είναι το εμβόλιο B.C.G. (Ι. ΜΟΡΦΗΣ 1988 σελ. 126).

Ανάλογα δε με την παρασκευή τους διακρίνονται σε :

- 1) **Ισοδύναμα**, που παρασκευάζονται από ένα μόνο είδος μικροβίων ( B.C.G., αντιδιφθεριτικό)
- 2) **Πολυδύναμα** όταν παρασκευάζονται από περισσότερα από ένα μικρόβια ή μικροβιακά προϊόντα ή περισσότερων ιών ή τύπων ιών, π.χ. το τριπλούν, το Sabin

Τα κυριότερα εμβόλια είναι : το αντιδιφθεριτικό, κοκκύτου, τετάνου, φυματίωσης, παρωτίτιδας, ερυθράς, ιλαράς, ευλογιάς, γρίπης, πολυομυελίτιδας, τυφοειδούς, χολέρας, λύσσας κ.λπ. (Π. ΣΠΥΡΙΔΗΣ 1990 σελ. 31).

#### i) ΕΜΒΟΛΙΑ ΜΕ ΤΟΞΙΝΕΣ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ

α) **Εμβόλιο διφθερίτιδας**, που προστατεύει σε ποσοστό 95% από τη νόσο και χορηγείται στα παιδιά ως τριπλό εμβόλια, μαζί με του τετάνου και του κοκκύτη. Μπορεί να γίνει πριν το 2ο μήνα μαζί με τα προηγούμενα. Ο εμβολιασμός γίνεται μια πρώτη φορά, μετά περίπου ένα μήνα για δεύτερη φορά,

μετά από 6-12 μήνες για Τρίτη φορά. Μια επαναληπτική δόση μπορεί να γίνει στους 18 μήνες. Μετά, κάθε 3 χρόνια και μέχρι το 12ο έτος. Δεν έχει επιπλοκές, αλλά δεν πρέπει να γίνει στη διάρκεια λοιμωδών ασθενειών (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 94).

β) **Εμβόλιο τετάνου**, που προστατεύει σε ποσοστό 100%. Η ηλικία χορήγησής του και η δοσολογία είναι ίδια με της διφθερίτιδας, αφού χορηγούνται μαζί. Πρέπει να αποφεύγεται στα αλλεργικά άτομα. Οι επαναληπτικές δόσεις μετά, θα γίνονται κάθε 5 χρόνια (Ι. ΜΟΡΦΗΣ 1988 σελ. 128-131).

## ii) ΕΜΒΟΛΙΑ ΜΕ ΖΩΝΤΑΝΟΥΣ ΙΟΥΣ ΑΛΛΑ ΕΞΑΣΘΕΝΗΜΕΝΟΥΣ

α) **Εμβόλιο ιλαράς**, που χορηγείται σε ηλικία 15 μηνών, συνήθως μαζί με το εμβόλιο της παρωτίτιδας και της ερυθράς. Μια μόνη δόση εμβολίου προστατεύει σε ποσοστό 95%, δημιουργώντας μακροχρόνια ανοσία. Δεν χορηγείται σε άτομα με σοβαρό εμπύρετο νόσημα, κατά την κύηση, στην περίπτωση λευχαιμίας και σε ασθενείς που παίρνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, γιατί είναι μικρότερη η αντίσταση (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 55-57).

β) **Εμβόλιο παρωτίτιδας**. Μια μόνη δόση εμβολίου σε ηλικία 15 μηνών προκαλεί μακροχρόνια ανοσία, σε ποσοστό >95%. Χορηγείται συνήθως σαν τριπλό και απαγορεύεται στις έγκυες. Η αρρώστια είναι ελαφρά, αλλά, λόγω των σοβαρών επιπλοκών συνίσταται το εμβόλιο, από ένα χρόνο και άνω, και σε χρονικό απόσταση ενός μηνός από τα άλλα (ο.π. σελ. 65-67).

γ) **Εμβόλιο ερυθράς**, που γίνεται μία φορά και προκαλεί μακροχρόνια ανοσία σε ποσοστό 90%. Κυκλοφορεί σαν μονοδύναμο ή σε συνδυασμό με της ιλαράς ή της παρωτίτιδας. Για να περιορισθούν οι επιδημίες, θεωρείται σκόπιμος

ο εμβολιασμός όλων των παιδιών ηλικίας μεγαλύτερης των 12 μηνών, μέχρι και της εφηβίας, ιδιαίτερα στα κορίτσια. Οι παντρεμένες γυναίκες, επί τριμήνου μετά τον εμβολιασμό, δεν πρέπει να μείνουν έγκυες, οι δε έγκυες να μην εμβολιάζονται. Άτομα αλλεργικά θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά πριν (ο.π. σελ. 62-63).

δ) **Εμβόλιο ευλογιάς**, ο αποτελεσματικός εμβολιασμός παρέχει υψηλού βαθμού προστασία. Τώρα τείνει να εγκαταληφθεί η χρήση του. Γίνεται στους πρώτους 14 μήνες. Η χρονική απόσταση από άλλα εμβόλια πρέπει να είναι τουλάχιστον ένας μήνας. Σε ηλικία 6 ετών και ανά 3 έτη, γίνεται επανάληψη (αναδαμαλισμός). (Ι. ΜΟΡΦΗΣ 1988 σελ. 136).

ε) **Κίτρινου πυρετού**, που χορηγείται σε μία μόνο δόση και η ανοσία διαρκεί 10 χρόνια. Γίνεται σε άτομα ηλικίας άνω των 9 μηνών. Ενδείκνυται σε άτομα που ζουν σε ενδημικές περιοχές ή πρόκειται να ταξιδέψουν σε αυτές. Αναμνηστικές δόσεις γίνονται κάθε 10 χρόνια (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 176).

στ) **Πολυομυελίτιδας (Sabin)**, προκαλεί ανοσία σε ποσοστό μεγαλύτερο από 90%. Γίνεται κατά τον 3ο μήνα σε 3 δόσεις και ανά 30-40 ημερες, στις ηλικίες 2, 4, 5 και 18 μηνών. Αναμνηστική δόση γίνεται σε ηλικία 4-6 ετών, όταν το παιδί μπαίνει στο σχολείο (ο.π. σελ. 126).



### iii) ΕΜΒΟΛΙΑ ΜΕ ΝΕΚΡΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ

α) **Γρίπης**, γίνεται μετά τους 6 μήνες. Συνίσταται σε ηλικιωμένους με αναπνευστική ανεπάρκεια, χρόνια φυματίωση και καρδιοπάθειες. Η ανοσία διαρκεί 6 μήνες. (Ι. ΜΟΡΦΗΣ 1988 σελ. 136).

β) **Λύσσα**, την πρώτη εφαρμογή του έκανε ο Pasteur το 1885. Είναι η μόνη περίπτωση, κατά την οποία ο εμβολιασμός έχει πραγματική θεραπευτική αξία, και όχι μόνο προληπτική. (ο.π. σελ. 137).

### iv) ΕΜΒΟΛΙΑ ΜΕ ΖΩΝΤΑΝΑ ΑΛΛΑ ΕΞΑΣΘΕΝΗΜΕΝΑ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ.

α) **Αντιφυματικό (B.C.G.)**, γίνεται σε παιδιά ηλικίας από 15 ημερών - 6 ετών, και σε όσα διαμένουν σε ιδρύματα ή σε περιβάλλον φυματικών και έχουν αρνητική φυματοαντίδραση. Ελέγχουμε την παραγωγή αντισωμάτων με Mantoux μετά από χρόνο 2 μηνών. Η ανοσία που προκαλεί ο εμβολιασμός δεν είναι νόμιμη, περιορίζει όμως κατά 80% τη συχνότητα κλινικής νόσησης από φυματίωση. Η ανοσία από το εμβόλιο διαρκεί 5-10 έτη, μετά την πάροδο των οποίων πρέπει να επαναλαμβάνεται (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 107).

### v) ΕΜΒΟΛΙΑ ΜΕ ΝΕΚΡΑ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ

α) **Κοκκύτη**, χορηγείται στα παιδιά συνήθως μαζί με της διφθερίτιδας και του τετάνου. Μπορεί να δοθεί και μόνο του. Χορηγείται από το 2ο μήνα και επαναλαμβάνεται τον 3ο και 4ο μήνα. Γενικά δεν υπάρχουν αντιδράσεις, αν όμως μετά τον εμβολιασμό παρουσιαστούν σπασμοί ή άλλες αντιδράσεις, έχει καθιερωθεί οι επόμενες δόσεις να γίνονται σε περισσότερες ενέσεις (ο.π. σελ. 100).

β) **Τυφοειδή**, αποτελείται από 2 δόσεις και προστατεύει το 70-90% των εμβολιασθέντων. Περιέχει στελέχη τυφικού βακτηριδίου και των βακτηριδίων A

και Β του παρατύφου. Συνίσταται σε άτομα που ζουν σε περιοχές, όπου ο τυφοειδής πυρετός είναι ενδημικός ή σ' αυτούς που πρόκειται να ταξιδέψουν σ' αυτές τις περιοχές (Ι. ΜΟΡΦΗΣ 1988 σελ. 137).

### 5.1.3. ΣΧΗΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύνοψη του σχήματος βασικών εμβολιασμών της παιδικής ηλικίας στην Ελλάδα.

No επίσκεψης	Ηλικία	Εμβόλια
1	2 μηνών	DTP-1, TOPV-1
2	4 μηνών	TDP-2, TOPV-2
3	6 μηνών	DTP-3, TOPV-3
4	15 μηνών	MMR-1* Mantoux
5	18 μηνών	DTP-4, TOPV-4
6	4-6 ετών	DTP-5, TOPV-5 Mantoux
7	περίπου 6 ετών	BCG
8	περίπου 12 ετών	MMR-2*
9	10 χρόνια μετά DTP-5 και επανάληψη κάθε 10 χρόνια	

DTP : Τριπλό εμβόλιο Διφθερίτιδας - Τετάνου - Κοκκύτη

TOPV : Τριδύναμο εμβόλιο πολιομυελλίτιδας χορηγούμενο από το στόμα (sabin)

MMR : Μικτό εμβόλιο ιλαράς - παρωτίτιδας - ερυθράς

BCG : Εμβόλιο φυματίωσης

Td : Διπλό εμβόλιο Διφθερίτιδας - Τετάνου τύπου ενήλικα

\*Εάν δεν υπάρχει εμβόλιο MMR, γίνονται χωριστά εμβόλια ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 39).

#### 5.1.4. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Απόλυτες, είναι η αγαμοσφαιριναιμία, γενικευμένο έκζεμα, αιμολυτικές αναιμίες, όπου έχει πέσει η άμυνα του οργανισμού. Γίνεται ο εμβολιασμός μετά από μετάγγιση.

Σχετικές, είναι όλα τα εμπύρετα νοσήματα στην οξεία φάση τους. Νοσήματα του ΚΝΣ που προκαλούν σπασμούς. Καρδιοπάθειες μη αντιρροπούμενες (φάση δύσπνοιας, κυάνωση, οιδήματα κ.λπ.). Λοιμώξεις ουροποιητικού, όταν βρίσκονται κάτω από θεραπευτικό σχήμα όταν τα παιδιά παίρνουν κορτιζόνη ή κυτταροστατικά. Επίσης αντενδείκνυνται σε άτομα αλλεργικά στα αντιβιοτικά, που περιέχουν τα διάφορα εμβόλια, όπως (νεομυκίνη, στρεπτομυκίνη), σε άτομα αλλεργικά προς τ' αυγά, δεδομένου ότι τα εμβόλια σε ζώντες ιούς καλλιεργούνται κυρίως σε κύτταρα εμβρύου όρνιθας (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 46-47).

#### 5.1.5. ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

1) Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνει για το είδος του εμβολίου, την διάρκεια της ανοσίας, τον κατάλληλο χρόνο της επόμενης δόσης.

2) Τα εμβόλια πρέπει να διατηρούνται σε χαμηλή θερμοκρασία. Εμβόλια που περιέχουν ζωντανούς ιούς, να φυλάσσονται σε σκοτάδι και θερμοκρασία 2° C - 8° C και όταν ακόμη βρίσκονται σε ξηρή μορφή. Αφού διαλυθούν, παραμένουν δραστικά μόνο για 8 ώρες υπό την προϋπόθεση, ότι φυλάσσονται κάτω από τις συνθήκες που προαναφέρθηκαν.

3) Πρέπει να ελέγχεται η ημερομηνία λήξης, διότι η αντιγονική τους δύναμη ελαττώνεται βαθμιαία.

4) Πριν τον εμβολιασμό πρέπει να γίνεται λεπτομερής κλινική εξέταση. Οξεία εμπύρετα νοσήματα, αποτελούν ένδειξη αναβολής του εμβολιασμού. Αυτό, όμως δεν ισχύει για ελαφρές απύρετες λοιμώξεις (βήχας, καταρροή).

5) Κάθε εμβολιασμός πρέπει να εφαρμόζεται στην ενδεδειγμένη ηλικία, προς ελάττωση της πιθανότητας αναπτύξεως έντονων αντιδράσεων και επιπλοκών.

6) Εμβόλια για παρεντερική χορήγηση, πρέπει να εγχύονται βαθιά υποδορίως ή I.m. Όσα χορηγούνται σε περισσότερες δόσεις, να ενίονται σε διάφορες θέσεις, διαφορετικά δημιουργούνται δυσανορρόφητοι όζοι. Οι τοπικές αντιδράσεις γίνονται πιο έντονες εξαιτίας δυσχερούς απορροφήσεως του εμβολίου, και έτσι μειώνεται το ανοσοποιητικό αποτέλεσμα.

7) Αν π.χ. η αντίδραση στην α΄ δόση τριπλού εμβολίου είναι η ύαπρξη υψηλού πυρετού και έντονη ανησυχία, ο εμβολιασμός συνεχίζεται με διπλό εμβόλιο.

8) Αν για οποιοδήποτε λόγο διακοπεί ο εμβολιασμός, δεν υπάρχει λόγος ενάρξεως αυτού από την αρχή, γιατί δεν επηρεάζει την τελική ανοσοποίηση των μεταξύ δύο δόσεων διαστήματος.

9) Το διάστημα μεταξύ εμβολιασμού με ζώντα μικρόβια ή ζώντες ιούς, πρέπει να ξεπερνά τις 4 εβδομάδες. Πρόσφατα, παρασκευάσθηκαν διπλά και τριπλά εμβόλια που περιέχουν ζώντες ιούς (ερυθράς - παρωτίτιδας, ιλαράς - ερυθράς, ερυθράς - ιλαράς - παρωτίτιδας). Αυτή η χορήγηση αποσκοπεί στην ταχύτερη ανοσοποίηση και στην αποφυγή πολλαπλών ενέσεων. Δεν προκαλούν αντιδράσεις μεγαλύτερες από τα άλλα εμβόλια (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 46-50, Silver 1994 σελ. 275-280).

### 5.1.6. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

**Τοπικές :** ερυθρότητα, σκληρία, οίδημα

**Γενικές :** Εγκεφαλοπάθειες (κοκκύτου), σπασμοί, κρίσεις ανακοπής, κυάνωση (αφήνει μόνιμη αναπηρία), αναφυλακτικό shock, γενικευμένη δαμαλίτιδα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή - ιας, στον τομέα των εμβολίων είναι διπλός, στην εφαρμογή του εμβολίου και στην διαφώτιση - διαπαιδαγώγηση σχετικά με τα εμβόλια (Μ. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ 1995 σελ. 134-145).

### 5.1.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ - ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

1) Ο νοσηλευτής πρέπει να προσέχει την ημερομηνία λήξης του εμβολίου και την καλή συντήρησή του.

2) Σωστή ένεση του εμβολίου στο κατάλληλο σημείο του σώματος.

3) Την κατάλληλη οδό χορήγησης.

4) Να έχει κάνει ανίχνευση του ιστορικού του ασθενή και να γνωρίζει αν πρέπει να εμβολιαστεί ή όχι.

5) Να διατηρεί σωστά τις καρτέλλες εμβολιασμού των παιδιών (Ι. ΜΟΡΦΗΣ 1988 σελ. 127).

### 5.2. ΟΡΟΙ - ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ

**Οροί** λέγονται οι ουσίες που περιέχουν έτοιμα αντισώματα. Όταν ο ορός εισάγεται στον οργανισμό, του δίδεται η δυνατότητα άμεσης κασταπολέμησης της παθογόνου δράσης των εμβολίων. Η χρήση ορού λέγεται παθητική

ανοσοποίηση, γιατί στην περίπτωση αυτή ο οργανισμός αμύνεται παθητικά δηλαδή με έτοιμα αντισώματα. Οι οροί που κυκλοφορούν στο εμπόριο είναι έτοιμα αντισώματα, ειδικά παρασκευασμένα. Είναι πολύτιμα σε επείγουσες περιπτώσεις, όταν ο οργανισμός έχει ήδη εξασθενήσει. Σ' αυτές τις περιπτώσεις τα εμβόλια δεν δρουν, γιατί χρειάζεται κάποιο χρονικό διάστημα μέχρι να παραχθούν τα αντισώματα. Οι οροί λαμβάνονται από το αίμα ανθρώπων ή ζώων, που έχουν περάσει κάποιο λοιμώδες νόσημα και έχουν ανοσία.

## ΟΡΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

**Οροπροφύλαξη**, καλείται η εισαγωγή εντός του οργανισμού ετοιμών αντισωμάτων με ορό ζώων ή ανθρώπων. Απλή ανοσοσφαιρίνη (άνοσος ορός) και ειδικές ανοσοσφαιρίνες (υπεράνοσοι οροί) χορηγούνται σε ειδικές περιπτώσεις για την πρόληψη ή τροποποίηση της μορφής ορισμένων νοσημάτων (Silver 1994 sel. 301).

α) **Κοινή ανοσοσφαιρίνη IG**. Χορηγείται για προφύλαξη από ηπατίτιδα Α, πριν την έκθεση στον ιό και συνίσταται για προφύλαξη από αυτή, μετά την έκθεση στον ιό, σε παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία, όπου εμφανίστηκε κρούσμα. (ο.π. σε. 302).

Χορηγείται με 2 τύπους ενδομυϊκά και ενδοφλέβια. Η δεύτερη υπερέχει σε αποτελεσματικότητα.

γ) **Ειδική ανοσοσφαιρίνη ηπατίτιδας Β. ΗΒΙG**. Η σφαιρίνη αυτή μόνη της ή σε συνδυασμό με το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β, χρησιμοποιείται για προφύλαξη από την ηπατίτιδα Β μετά την έκθεση. Πρέπει η χορήγησή της να είναι άμεση (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 46).

δ) **Ειδική ανοσοσφαιρίνη τετάνου TIG**. Χορηγείται για προφύλαξη από τον τέτανο, όταν το τραύμα είναι βαθύ, εκτεταμένο και μη καθαρό και δεν έχει γίνει προηγουμένως πλήρης εμβολιασμός ή και καθόλου. Συνοδεύεται από εμβόλιο τετάνου, το οποίο όμως γίνεται σε άλλο σημείο (Silver 1994 σελ. 302).

ε) **Ανθρώπινη ειδική ανοσοσφαιρίνη λύσσας RIG**. Η προφύλαξη από τη λύσσα, μετά την έκθεση στον κίνδυνο, πρέπει να περιλαμβάνει και την ειδική ανοσοσφαιρίνη (ο.π. σελ. 302).

στ) Ειδική ανοσοσφαιρίνη ανεμευλογιάς - έρπητα ζωστήρα VZIG. Χρησιμοποιείται για την προφύλαξη από ανεμευλογιά και έρπητα, είτε προλαμβάνοντας τις νόσους είτε προκαλώντας τροποποίηση της κλινικής μορφής τους και πρόληψη των επιπλοκών στα παιδιά, μετά από την έκθεση στις ασθένειες αυτές, σε νεογνά από μητέρες με ανεμευλογιά στην περιγεννητική περίοδο, στα πρόωρα με σημαντική έκθεση στον ιό, μετά τη γέννηση. Δεν είναι χρήσιμη για θεραπεία αυτών των δύο νοσημάτων και η διάρκεια προστασίας θεωρείται περίπου 3 εβδομάδες (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 68).

### 5.3. ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ

Η απομόνωση είναι ασφαλώς το πρώτο όπλο που χρησιμοποιήθηκε για την κοινωνική άμυνα κατά της μόλυνσης. Όταν μιλάμε για απομόνωση, εννοούμε τον περιορισμό του ατόμου ή των ατόμων, μέσα σε ένα χώρο, που πληρεί ειδικούς όρους.

Σκοπός της απομόνωσης, είναι η παρεμπόδιση της άμεσης ή έμμεσης μετάδοσης του λοιμογόνου παράγοντα, κατά την περίοδο, που ο κάθε λοιμογόνος παράγοντας μεταδίδεται. Δεν είναι ίδιος ο χρόνος και ο τρόπος που ο λοιμογόνος παράγοντας μεταδίδεται κάθε φορά. Γίνεται απομόνωση των

ασθενών στα νοσοκομεία ή στο σπίτι και είναι ανάλογη με τη βαρύτητα και τη μεταδοτικότητα του λοιμώδους νοσήματος. Η αρχή του μέτρου αυτού παραμένει η ίδια, να αποφεύγεται κάθε επαφή μεταξύ του μολυσμένου και των υγιών (με εξαίρεση το προσωπικό που έχει αναλάβει τη φροντίδα του αρρώστου). Γι' αυτό προκειμένου να εφαρμόσουμε σωστά την απομόνωση πρέπει : ο χώρος της απομόνωσης να πληρεί ορισμένους όρους και τα άτομα που νοσηλεύουν αρρώστους με μεταδοτικά νοσήματα να γνωρίζουν τον ασφαλή τρόπο νοσηλείας για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό τους (Π. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ 1971 σελ. 19). Μετά την ίαση του ασθενούς και το τέλος της απομόνωσης ακολουθεί απολύμανση.

Οι μικροβιοφορείς επειδή δεν νοσούν, αλλά μεταδίδουν το μικρόβιο, αποτελούν αληθινό κίνδυνο για το κοινωνικό σύνολο και εφαρμόζονται ανάλογα με την περίπτωση, διαφορετικά μέτρα. Σήμερα δεν διαθέτουμε αποτελεσματικά μέσα για την αποστείρωση των μικροβιοφορέων που να εγγυούνται απόλυτη ασφάλεια. Γι' αυτό, τα άτομα που ασχολούνται με τα τρόφιμα, οι δάσκαλοι και το νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να μην είναι φορείς παθογόνων μικροβίων (Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ 1996 σελ. 12).

#### 5.4. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ

Για την προφύλαξη του οργανισμού από τις διάφορες λοιμώξεις, δεν αρκούν τα εμβόλια, οι όροι και οι διάφοροι μηχανισμοί αυτοάμυνας, αλλά πρέπει, ο ίδιος ο άνθρωπος να προστατεύει τον εαυτόν του, ακολουθώντας τους βασικούς κανόνες υγιεινής και πολύ περισσότερο εκείνους της ατομικής υγιεινής. Εκτός από την καθαριότητα, υπάρχουν και άλλα γενικά μέτρα



πρόληψης, όπως η εξυγίανση του περιβάλλοντος (ύδρευση, αποχέτευση), οι αποκομιδίες των απορριμμάτων.

## 5.5. ΕΞΥΓΙΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Στην εξυγίανση περιβάλλοντος περιλαμβάνονται :

### i) Αέρας

Τα νοσήματα που μεταδίδονται με τον αέρα, στην ουσία μεταδίδονται με τα σταγονίδια που βγαίνουν με την εκπνοή, το βήχα, το φτέρνισμα και εκσφενδονίζονται στον αέρα, που αναπνέουν και αυτοί που βρίσκονται στον ίδιο χώρο. Γι' αυτό ο αέρας πρέπει να ανανεώνεται συχνά, γιατί ο μολυσμένος με παθογόνα μικρόβια αέρας προκαλεί λοιμώδεις νόσους. (Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ 1996 σελ. 18).

### ii) Νερό

Ακόμη, το πόσιμο νερό, όταν είναι μολυσμένο με παθογόνα μικρόβια, είναι επικίνδυνο και νοσογόνο, και θεωρείται ύπουλος εχθρός της υγείας. Ο καλύτερος τρόπος για την αποφυγή της ρύπανσης του νερού, είναι η επίτευξη της απόλυτης στεγανότητας του υδρευτικού και αποχετευτικού δικτύου. Επιβάλλεται ο υγειονομικός έλεγχος στα σχολεία, καθώς και για την καταλληλότητα του νερού (Π. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ 1971 σελ. 300).

### iii) Απορρίμματα

Η συλλογή των απορριμμάτων επιβάλλεται, γιατί με την έκθεσή τους στο ύπαιθρο δημιουργούνται εστίες μικροβίων. Αποτέλεσμα είναι η ύπαρξη πηγής μετάδοσης διάφορων επικίνδυνων ασθενειών. Σε κοινόχρηστους χώρους που

υπάρχουν απορρίμματα, πρέπει να βρίσκονται κοντά δοχεία για τη συλλογή τους. Πρέπει δε, να είναι κλειστά και στεγανά, ώστε να μην συγκεντρώνονται μύγες και άλλα έντομα και επίσης να πλένονται καλά όταν αδειάζουν, ώστε να μην δημιουργούνται εστίες μικροβίων (ο.π. σελ. 257).

#### iv) Αποχέτευση

Μέτρα έχουν ληφθεί και για την αποχέτευση. Η υγιεινή αποχέτευση ξεκινά από το υγιεινό αποχωρητήριο του σπιτιού, του σχολείου και συνεχίζεται με τους αποχετευτικούς σωλήνες, μέχρις τους κεντρικούς υπονόμους. (ο.π. σελ. 262).

#### v) Έδαφος

Το έδαφος αποτελεί πηγή μόλυνσεως, όταν αυτό ρυπαίνεται από ακαθαρσίες των ανθρώπων, ζώων και τη σήψη των φυτών. Έτσι τα παιδιά πρέπει να πλένουν τα χέρια τους, αμέσως μετά την επαφή τους με το έδαφος και τη σκόνη και ύστερα από τα παιχνίδια. Ακόμη τα σχολεία πρέπει να βρίσκονται μακριά από ποτάμια και έλη, που ζουν κουνούπια, φορείς ως γνωστό, μεταδοτικών ασθενειών. (Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ 1996 σελ. 20).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΙΟΥΣ

#### 6.1. ANEMEYΛOΓIA

Είναι νόσημα με μεγάλη μολυσματικότητα και ήπια, όταν εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Η νόσος οφείλεται στον ιό της ανεμευλογιάς, που ανήκει στην ομάδα των ιών του έρπητα, ο οποίος, προκαλεί και τον έρπητα ζωστήρα. Δεν είναι γνωστό γιατί ο ίδιος ιός προκαλεί δύο διαφορετικές κλινικές εικόνες, δηλαδή ανεμευλογιά και έρπητα ζωστήρα. Το πιθανότερο είναι, ότι η ανεμευλογιά αποτελεί την αρχική εκδήλωση της λοίμωξης ενός επίνοσου ατόμου, ενώ ο έρπητας ζωστήρας εκδηλώνεται σε άτομα με μερική ανοσία.

Η μόλυνση γίνεται με άμεση επαφή, με σταγονίδια ή και με τον αέρα. Ο άρρωστος μεταδίδει τη νόσο 2 ημέρες πριν από την εμφάνιση του εξανθήματος και μέχρι 6 ημέρες μετά.

**Κλινική εικόνα:** Ο χρόνος επώασης της νόσου είναι 11 - 21 ημέρες. Η νόσος εκδηλώνεται συνήθως με ελαφρύ πυρετό και εμφάνιση ερυθρών κηλίδων, οι οποίες γρήγορα μετατρέπονται σε φυσαλίδες και εφελκίδες. Η εξέλιξη αυτή ολοκληρώνεται σε 6-8 ώρες και ακολουθεί νέα, όμοια, έκθεση τις επόμενες 3-4 ημέρες, με αποτέλεσμα, να υπάρχουν στην ίδια περιοχή του δέρματος, εξανθηματικά στοιχεία, που αποτελούνται από κηλίδες, μέχρι και εφελκίδες. Στη συνέχεια, οι εφελκίδες πέφτουν χωρίς να παραμείνουν ουλές. Το εξάνθημα είναι περισσότερο πυκνό στον κορμό, υπάρχει δε πάντοτε και στο τριχωτό της κεφαλής και συνοδεύεται από έντονο κνησμό. Οι φυσαλίδες μπορεί να εμφανιστούν και στο βλεννογόνο του στόματος, στους επιπεφυκότε

και στα γεννητικά όργανα. Η βαρύτητα της νόσου ποικίλει. Τα εξανθηματικά στοιχεία, μπορεί να είναι ελάχιστα και ο πυρετός να ελλείπει, ενώ άλλες φορές υπάρχουν άφθονα στοιχεία και υψηλός πυρετός. Σπάνια το εξάνθημα είναι αιμορραγικό ή γαγγραινώδες, ιδιαίτερα σε άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ή πάσχουν από κακοήθη νοσήματα. Στις περιπτώσεις αυτές, η έκβαση της νόσου είναι συνήθως κακή. (Π. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ 1970 σελ. 54).

**Επιπλοκές:** οι δευτεροπαθείς μικροβιακές λοιμώξεις των δερματικών αλλοιώσεων αποτελούν την πιο συχνή επιπλοκή της νόσου. Άλλες σπανιότερες επιπλοκές, που παρουσιάζονται συχνότερα σε παιδιά με επηρεασμένη ανοσία και έχουν ιδιαίτερα βαριά πρόγνωση, είναι η πνευμονίτιδα, η εγκεφαλίτιδα, η ηπατίτιδα και οι διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος. Μεταξύ των επιπλοκών της νόσου, πρέπει να συμπεριληφθεί και το σύνδρομο Reye, η εκδήλωση του οποίου, έχει συσχετισθεί με τη νόσηση από ανεμευλογιά. (Κ. ΓΑΡΔΙΚΑ 1984 σελ. 26).

**Θεραπεία:** η θεραπεία γίνεται από το γιατρό και περιλαμβάνει τη χρήση αντισταμινικών, για την αντιμετώπιση του κνησμού και σχολαστική καθαριότητα του δέρματος, για την πρόληψη επιμόλυνσης των δερματικών αλλοιώσεων. Για την αντιμετώπιση του πυρετού, προτιμάται η παρακεταμόλη, διότι η ασπιρίνη σε συνδυασμό με την ανεμευλογιά, έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση του συνδρόμου Reye.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στην παρακολούθηση του παιδιού, ώστε να μην ξύνεται (πρέπει να κόβονται τα νύχια του βαθιά, τα δε χέρια του να είναι πολύ καθαρά). (Π. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ 1970, σελ. 55).

Η μεταδοτικότητα της ανεμευλογιάς είναι πολύ μεγάλη και γι' αυτό μόλις εκδηλωθεί η νόσος, το παιδί πρέπει να απομακρυνθεί από το σχολείο και να

επιστρέψει μετά από 15 ημέρες, καθώς επίσης, και να απαγορευθεί η επαφή του με άλλα παιδιά. Τα παιδιά που πηγαίνουν σε βρεφικούς σταθμούς και έρχονται σε επαφή με άλλα παιδιά με ανεμευλογιά, πρέπει να απομονώνονται από την 11η ως την 21η ημέρα, από τη στιγμή της επαφής. Δεν χρειάζεται απολύμανση, ούτε κλείσιμο του σχολείου. Εμβόλιο δεν υπάρχει. Στα παιδιά που έχουν ανοσοκαταστολή (και μόνο) χορηγείται ειδική ανοσοσφαιρίνη, ως προληπτικό μέτρο. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 67).

## 6.2. ΕΡΠΗΣ ΖΩΣΤΗΡ

Ο ζωστήρας ή έρπης ζωστήρας ή οξεία πρόσθια γαγγλιονίτιδα (zona) είναι οξύ λοιμώδες νόσημα του Κ.Ν.Σ. από ιό, που προσβάλλει τα γάγγλια των πίσω ριζών του νωτιαίου μυελού και που χαρακτηρίζεται από έμμονους πόνους νευραλγικούς και εξάνθημα ερυθματοφουσαλλιδώδες στο μήκος της νευρούμενης περιοχής απ' τις ρίζες που έχουν προσβληθεί.

**Αιτιολογία:** Η νόσος οφείλεται στον νευροτρόπο ιό του ζωστήρα ή zonavirus που εμφανίζει ομοιότητες με τον ιό της ανεμευλογιάς.

**Επιδημιολογία:** Ο ζωστήρας δεν έχει επιδημική τάση ή εξάρτηση εποχική, ενώ η συχνότητά του αυξάνει με την ηλικία. Ακόμα, μπορεί να εμφανίζεται μόνος ή στη συνέχεια άλλων παθήσεων που τις επιπλέκει (όγκοι νωτιαίου μυελού, υπαραχνοειδής αιμορραγία, δηλητηρίαση με αρσενικό ή βισμούθιο κ.ά.), ίσως από μείωση της αντίστασης του οργανισμού.

**Ιστοπαθολογία:** Βρίσκονται φλεγμονώδεις βλάβες στα πίσω γάγγλια και πίσω κέρατα του νωτιαίου μυελού.

**Κλινική εικόνα:** Ύστερα από επώαση 10-15 μέρες, εμφανίζονται γενικά συμπτώματα (ρίγος, πυρετός, κεφαλόπονος ή και πεπτικές διαταραχές) και ακόμα νευραλγικοί πόνοι και ύστερα εμφανίζεται χαρακτηριστικό ερυθματοφουσαλλιδώδες, ετερόπλευρο εξάνθημα ριζιτικής κατανομής, μετά 5-6 μέρες απ' την εισβολή του πυρετού. Τελικά, η ίαση έρχεται μέσα σε 15-20 μέρες. Μπορεί να υπάρχει και συνοδεός αδενίτιδα.

**Μορφές:** Θωρακικός, γεννητικός, οφθαλμικός (από προσβολή του γαγγλίου του Gasser) κ.ά.

**Επιπλοκές:** Παρέσεις, τύφλωση, νευραλγικοί πόνοι που επιμένουν για πολύ καιρό κ.ά.

**Διάγνωση:** Κλινικά.

**Διαφορική διάγνωση:** Απ' την ανεμευλογία (πιο πολύ σε αμφοτερόπλευρη εμφάνιση), το ερυσίπελας, τις πλευροδυνίες ή τις τριδυμαλγίες κ.ά.

**Πρόγνωση:** Γενικά καλή, εκτός απ' την οφθαλμική εντόπιση που είναι σοβαρή σ' ότι σχετίζεται με την όραση.

**Θεραπεία:** Τοπική (ταλκ ή αλοιφές με αντιβιοτικό) ή γενική (αναλγητικά, βιταμίνες B1 ή B12, κατευναστικά, αντιβιοτικά, ακτινοθεραπεία ή θεραπεία της κύριας νόσου σε δευτεροπαθή ζωστήρα). Ιδιαίτερα προσέχουμε τον οφθαλμικό ή κεφαλικό ζωστήρα (κολλύριο ατροπίνης 1% σε ιρίτιδα κ.ά.). Ακόμα χορηγείται και κορτικοστεροειδές (πρεδνιζόνη). (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988 σελ. 243).

Η ευλογιά έχει εξαλειφθεί, χάρη στην καθιέρωση του υποχρεωτικού εμβολιασμού. Καταλείπει μόνιμη ανοσία.

**Επιδημιολογία:** η ευλογιά έχει μεγάλη μεταδοτικότητα. Ο ιός μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με τα σταγονίδια του υγρού των φλυκταινών, με τις εφελκίδες και δια των μολυσμένων ενδυμάτων και αντικειμένων. Μεταδίδεται 2-3 ημέρες προ της εμφανίσεως του εξανθήματος, καθ'όλη τη διάρκεια αυτού και μέχρι αποπτώσεως των εφελκίδων (Κ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ 1984, σελ. 24).

**Κλινική εικόνα:** ο χρόνος επώασης της ευλογιάς κυμαίνεται μεταξύ 10-20 ημερών, συνηθέστατα δε μεταξύ 12 και 14 ημερών. Η κλασική ευλογιά, έχει τέσσερα στάδια και το καθένα από αυτά διαρκεί 3-5 ημέρες.

1. Στάδιο εισβολής, η νόσος εισβάλλει με ρίγος, σπασμούς, υπερπυρεξία, κεφαλαλγία, πόνο στη ράχη, καταρροϊκά φαινόμενα, εμετούς, υπνηλία και μερικές φορές, παραλήρημα ή και κώμα.

2. Στάδιο εξανθηματικό, τα συμπτώματα του προδρόμου σταδίου επιφέρουν πτώση του πυρετού, βελτίωση της γενικής κατάστασης και εμφανίζεται επίσης, εξάνθημα στο στόμα και τον φάρυγγα.

3. Στάδιο διαπυήσεως. Την 6η - 10η ημέρα, η θερμοκρασία ανυψώνεται εκ νέου. Ο ασθενής έχει έντονη ανησυχία και παραλήρημα, οι δε φυσαλίδες μετατρέπονται σε φλύκταινες.

4. Στάδιο εφελκιδοποίησεως. Την 10η ημέρα αρχίζει η εφελκιδοποίηση των φλυκταινών και η θερμοκρασία πέφτει. Τα γενικά φαινόμενα υποχωρούν, γύρω στην 13η με 15η ημέρα.

**Επιπλοκές:** οι συχνότερες επιπλοκές της ευλογιάς, είναι η επιμόλυνση των δερματικών βλαβών, η σηψαιμία, η οστεομυελίτιδα, η πνευμονία και η εγκεφαλίτιδα. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 228).

**Θεραπεία:** Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Συνίσταται συμπτωματική θεραπεία και χορήγηση αντιβιοτικών. Τοπική θεραπεία των δερματικών βλαβών πρέπει να αποφεύγεται. Πέρα από τη διατήρηση του ισοζυγίου του νερού, των ηλεκτρολυτών, καθώς και της σιτίσεως δια καθετήρος, χορηγούνται οξυγόνο, αίμα, πλάσμα, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου. Τα πρόσωπα που υπάρχει υπόνοια ότι πάσχουν από ευλογιά ή που έχουν κάποια επαφή με άρρωστο, απομονώνονται σε ξεχωριστό δωμάτιο, όπου υποβάλλονται για 14 ημέρες σε παρακολούθηση και εμβολιασμούς υποχρεωτικά. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνιστά πάντα και παντού τον εμβολιασμό σαν προληπτικό μέτρο και τη σχολαστική απολύμανση του περιβάλλοντος, σε περιπτώσεις μόλυνσεως και σαν κατασταλτικό μέτρο.

- Ο εμβολιασμός δημιουργεί μακροχρόνια ανοσία,
- η δήλωση της αρρώστειας είναι υποχρεωτική. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. ).

#### 6.4. ΕΡΥΘΡΑ



Η ερυθρά είναι ήπια λοιμώδης εξανθηματική νόσος. Η νόσηση κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, μπορεί να αποβεί επικίνδυνη, γιατί τότε υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης σοβαρών συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο, όπως καταρράκτης, καρδιακές ανωμαλίες, κώφωση, ψυχοκινητικές διαταραχές, ανωμαλία ανάπτυξης των δοντιών. Η νόσος οφείλεται στον ιό της ερυθράς που ανήκει στους ιούς οι οποίοι περιέχουν RNA. Μεταδίδεται με τα σταγονίδια από το αναπνευστικό, ενώ δια μέσου του πλακούντα μπορεί να προκαλέσει συγγενή λοίμωξη στο έμβρυο.

Ο χρόνος μεταδοτικότητας στην επίκτητη ερυθρά είναι μία εβδομάδα πριν την εμφάνιση του εξανθήματος, ως μία εβδομάδα μετά. Παιδιά με συγγενή ερυθρά αποβάλλουν τον ιό για μεγάλο χρονικό διάστημα και μπορεί να μεταδίδουν τη νόσο και για 12-18 μήνες μετά τη γέννηση. Στις χώρες που εφαρμόζεται προφυλακτικός εμβολιασμός, η νόσος εμφανίζεται σποραδικά και σπάνια κατά περιορισμένες επιδημίες. Εγκαταλείπει μόνιμη ανοσία. Βρέφη μέχρι 6 μηνών είναι άνοσα, αν η μητέρα είχε νοσήσει από ερυθρά.

**Κλινική εικόνα:** η νόσος εκδηλώνεται με διόγκωση των λεμφαδένων, η οποία παρατηρείται 24 ώρες μέχρι και μία εβδομάδα πριν από την εμφάνιση του εξανθήματος. Διογκώνονται κυρίως οι οπισθονωτιαίοι, οι υπινιακοί και οι οπίσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες, οι οποίοι είναι επώδυνοι, κατά την ψηλάφηση. Το εξάνθημα στην αρχή εμφανίζεται στο πρόσωπο και γρήγορα επεκτείνεται στον κορμό και στα άκρα. Μετά από 24 ώρες, έχει συνήθως καλύψει ολόκληρο το σώμα και εξαφανίζεται μετά από 2-4 ημέρες. Είναι ερυθρό, κηλιδοβλατιδώδες, παρόμοιο με εκείνο της

ιλαράς. Σπάνια υπάρχουν εξάνθημα και ελαφρά καταρροϊκά φαινόμενα. Ο πυρετός είναι μέτριος και εμφανίζεται με την έναρξη του εξανθήματος, διαρκεί δε όσο και αυτό.

**Επιπλοκές:** κυριότερη επιπλοκή θεωρείται η εγκεφαλίτιδα. Άλλες επιπλοκές είναι η αρθρίτιδα, η θρομβοκυττοπενική πορφύρα η νευρίτιδα και η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 223).

**Ερυθρά και κύηση:** ο κίνδυνος προσβολής του εμβρύου υπολογίζεται σε 50%, αν η έγκυος νοσήσει στις πρώτες 4 εβδομάδες, κατέρχεται βαθμιαία στο 10%, κατά την 12η - 14η εβδομάδα. Αν η έγκυος έλθει σε επαφή με άτομα πάσχοντα από ερυθρά, επιβάλλεται ο προσδιορισμός του τίτλου των ειδικών αντισωμάτων στον ορό της εγκύου. Αν ο τίτλος αυτός βρεθεί υψηλός, σημαίνει ότι η έγκυος είναι ήδη άνοσος. Αν είναι χαμηλός, επαναλαμβάνεται ο προσδιορισμός μετά από 3 εβδομάδες και αν τότε παραμένει χαμηλός, η έγκυος δεν προσβλήθηκε, αν και επίνοςος. Αν η έγκυος εμφανίσει σημεία ερυθράς, τίθεται το ερώτημα διακοπής ή όχι της κύησης και θα λειφθεί υπόψιν ο χρόνος κύησης, η ηλικία της μητέρας, η ύπαρξη άλλων παιδιών και η επιθυμία για τεκνοποίηση. Οι παράγοντες αυτοί, θα ληφθούν υπόψιν από τους γονείς, προκειμένου να διακοπεί η κύηση ή όχι. Ασφαλή προφύλαξη από τη συγγενή ερυθρά, παρέχει μόνο το αντίστοιχο εμβόλιο, (που πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 3 μήνες, πριν από ενδεχόμενη κύηση) και η φυσική νόσηση. (Π. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ 1970, σελ. 52).

**Θεραπεία:** όταν αρρωστήσει ένα παιδί, απομακρύνεται από το σχολείο, κυρίως γιατί το παιδί χρειάζεται ησυχία. Η δήλωση της ασθένειας είναι υποχρεωτική και συνίσταται εμβολιασμός στα άλλα παιδιά του σχολείου, αν όμως έχουν εκτεθεί, το εμβόλιο δεν είναι πάντα αποτελεσματικό. Για την αποφυγή της μόλυνσης, πρέπει το περιβάλλον του παιδιού να διατηρείται

απόλυτα καθαρό και ο ρουχισμός να αλλάζεται και να απολυμαίνεται κάθε μέρα. Χρησιμοποιούνται φάρμακα κατά της φαγούρας, καθώς και βιταμίνες. Το εμβόλιο που κυκλοφορεί είναι ασφαλές και αποτελεσματικό για την πρόληψη του νοσήματος, αν όμως χορηγηθεί πριν την έκθεση στον ιό. Καλό είναι τα κορίτσια να εκτείνονται σε περιβάλλον πασχόντων από ερυθρά, ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος προσβολής τους κατά την εγκυμοσύνη. Επιβάλλεται αυστηρή προφύλαξη των εγκύων από τον κίνδυνο μόλυνσης, όχι μόνο από ερυθρά, αλλά και από άλλες λοιμώδεις νόσους. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 61).

## 6.5. ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ

Η επιδημική παρωτίτιδα είναι οξεία λοιμώδης ιογενής νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από επώδυνη διόγκωση των σιελλογόνων αδένων και κυρίως των παρωτίδων. Οφείλεται στον ιό της παρωτίτιδας, που ανήκει στην ομάδα των μυξοϊών. Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο, με σταγονίδια από το στόμα και σπανιότερα με πρόσφατα μολυνθέντα αντικείμενα. Η νόσος μεταδίδεται μία εβδομάδα πριν μέχρι και 9 ημέρες μετά την έναρξη της νόσου. Καταλείπει μόνιμη ανοσία.

**Κλινική εικόνα:** ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 14-21 ημέρες. Η νόσος εκδηλώνεται συνήθως με επώδυνη διόγκωση των παρωτίδων, ενώ το υπερκείμενο δέρμα είναι ωχρό, θερμό και οιδηματώδες. Η διόγκωση των παρωτίδων, προκαλεί παρεκτόπιση του πτερυγίου του αυτιού προς τα πάνω και έξω, καθώς και εξαφάνιση της γωνίας της αντίστοιχης κάτω γνάθου. Συνήθως η διόγκωση της μίας παρωτίδας προηγείται της άλλης, κατά 1-2 ημέρες και προσβάλλονται οι υπογνάθιοι και υπογλώσιοι σιελογόνοι αδένες. Η πλήρης διόγκωση των παρωτίδων συντελείται σε 1-3 ημέρες και υποχωρεί βαθμιαία μετά από 3-7 ημέρες. Η διόγκωση των αδένων συνοδεύεται συνήθως από πυρετό.

**Επιπλοκές:** η πιο συχνή επιπλοκή στα παιδιά, είναι η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, η ορχίτιδα, η επιδιδυμίτιδα (προσβάλλονται κατά κανόνα έφηβοι και ενήλικες. Σε περιπτώσεις αμφοτερόπλευρης προσβολής, μπορεί να προκληθεί στέρωση). (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 221).

**Θεραπεία:** η θεραπεία γίνεται από το γιατρό συνήθως στο σπίτι. Αν εμφανιστούν επιπλοκές, ο γιατρός μπορεί να συστήσει την εισαγωγή του

παιδιού στο νοσοκομείο. Γίνεται χρήση αποσυμφορητικών σταγόνων για το αυτί και αντιπυρετικών για ανακούφιση των συμπτωμάτων.

**Πρόληψη** είναι η έγκαιρη απομόνωση του άρρωστου παιδιού στο σπίτι. Το παιδί απομονώνεται ως την 9η - 10η ημέρα, από την αρχή της νόσου. Τα παιδιά που ήρθαν σε επαφή με αρρώστους και δεν έχουν περάσει την παρωτίτιδα, απομονώνονται 21 ημέρες και εμβολιάζονται τα παιδιά, που βρίσκονται στο στενό περιβάλλον του ασθενή και εφόσον δεν έχουν προηγουμένως εμβολιαστεί. Αν είναι γνωστή η ακριβής ημερομηνία της επαφής, τα παιδιά αυτά τις 10 πρώτες ημέρες, πηγαίνουν στο σχολείο και απομονώνονται μόνο από την 11η ως την 21η ημέρα, μετρώντας από τη στιγμή της επαφής με τον άρρωστο. Το εμβόλιο είναι ασφαλές και αποτελεσματικό για την πρόληψη του νοσήματος. Δίδεται συνήθως ως τριπλό μαζί με της ερυθράς και ιλαράς. Είναι υποχρεωτική η συμβολή του γιατρού, αφού όταν υποχωρήσει ο πυρετός, μπορεί να εμφανιστεί και πάλι πονοκέφαλος, έμετος και πόνος στους όρχεις. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 65).

## 6.6. ΙΛΑΡΑ

Η ιλαρά είναι οξεία εξανθηματική νόσος και οφείλεται στον ιό της ιλαράς, ο οποίος ανήκει στην ομάδα των παραμυξοϊών. Είναι νόσος κυρίως της παιδικής ηλικίας και σε χώρες που εφαρμόζεται ικανοποιητικά ο προφυλακτικός εμβολιασμός παρουσιάζεται σποραδικά ή κατά περιορισμένες επιδημίες. Στις άλλες χώρες, εξακολουθεί να εμφανίζεται κατά επιδημίες, κάθε 2-4 χρόνια, όταν αυξηθεί ο αριθμός των επινόσων ατόμων. Μεταδίδεται κυρίως από το αναπνευστικό σύστημα, με σταγονίδια. Η νόσος μεταδίδεται από την έναρξη των συμπτωμάτων, μέχρι και 4 ημέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος και καταλείπει μόνιμη ανοσία. Βρέφη ηλικίας μικρότερης των 8 μηνών δεν νοσούν εφόσον η μητέρα ήταν άνοση κατά τη διάρκεια της κύησης.

**Κλινική εικόνα:** ο χρόνος επώασης είναι 9-12 ημέρες. Η νόσος εκδηλώνεται.

- α) με μέτριο πυρετό,
- β) με βήχα,
- γ) με ερεθισμό των επιπεφυκότων, δακρύρροια, φωτοφοβία, πταρνίσματα και ρινόρροια.

Τη δεύτερη με τρίτη ημέρα εμφανίζονται οι κηλίδες του Koplik, οι οποίες είναι παθογνωμονικές. Πρόκειται για μικρές λευκές κηλίδες, που περιβάλλονται από ερυθρά ζώνη, παρατηρούνται στο βλενογόνο των παρειών, κυρίως απέναντι από τους κάτω γομφίους και εξαφανίζονται μετά από 12-48 ώρες. Το στάδιο αυτό της νόσου, που ονομάζεται πρόδρομο ή καταρροϊκό, διαρκεί 3-4 ημέρες. Την 4η με 5η ημέρα, συνήθως μετά από παροδική υποχώρηση, ο πυρετός ανεβαίνει απότομα, μέχρι 40°C και ταυτόχρονα εμφανίζεται το εξάνθημα. Το εξάνθημα αρχίζει από την περιοχή πίσω από τα αυτιά, προχωρεί στο πρόσωπο, και βαθμιαία εξαπλώνεται σε όλο τον κόσμο και τα άκρα, σε διάστημα 2-3 ημερών. Το εξάνθημα είναι

ερυθρό, κηλιδοβλατιδώδες, συρρέει και σπάνια είναι αιμορραγικό. Μεταξύ των εξανθηματικών στοιχείων, υπάρχουν περιοχές υγιούς δέρματος, την 4η - 5η ημέρα, από την εμφάνιση του εξανθήματος, ο πυρετός υποχωρεί και το εξάνθημα αρχίζει να εξαφανίζεται με τη σειρά που εμφανίστηκε. Με την υποχώρηση του εξανθήματος εμφανίζεται πυτιρώδης απολέπιση και παροδική υπέρχρωση του δέρματος, στις περιοχές που υπήρχαν τα εξανθηματικά στοιχεία. Το στάδιο αυτό της νόσου, που διαρκεί 7 - 10 ημέρες, ονομάζεται εξανθηματικό. Με την υποχώρηση του σταδίου αυτού, υποχωρούν και τα καταρροϊκά συμπτώματα και ο άρρωστος εισέρχεται στο στάδιο της ανάρρωσης. Κατά τη διαδρομή της νόσου, μπορεί να παρατηρηθεί διόγκωση των λεμφαδένων και του σπλήνα.

**Επιπλοκές:** οι κυριότερες είναι η πνευμονία, η μέση ωτίτιδα και η εγκεφαλίτιδα. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 225).

**Θεραπεία:** βασική σημασία, έχουν τα μέτρα υγιεινής, η δίαιτα και η περιποίηση. Είναι απαραίτητη η περιποίηση του δέρματος, του στόματος και των ματιών.

Μόλις εμφανισθούν τα πρώτα συμπτώματα ασθενείας στο παιδί, πρέπει να απομονωθεί από τα άλλα παιδιά του σχολείου και να εμβολιασθούν τα υπόλοιπα παιδιά, εφόσον βέβαια δεν έχουν εμβολιασθεί κανονικά. Μόλις γίνει η διάγνωση, οι γονείς πρέπει να ενημερώσουν αμέσως το παιδικό ίδρυμα στο οποίο πηγαίνει το παιδί τους. Δεν χρειάζεται κλείσιμο ούτε απολύμανση του σχολείου. Πολλοί γονείς, θεωρώντας ότι η αρρώστια της ιλαράς είναι σχεδόν αναπόφευκτη, αντιμετωπίζουν ατάραχα την πιθανή μόλυνση του παιδιού. Και όμως, η ιλαρά, είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη για τα παιδιά ηλικίας κάτω των 2 χρόνων, καθώς, και για τα αδύναμα παιδιά των άλλων ηλικιών. Γι'αυτό τα παιδιά πρέπει να προφυλάσσονται με κάθε τρόπο από την ασθένεια αυτή.

Εξαιρετικά μεγάλη σημασία έχουν τα εμβόλια της ιλαράς, τα οποία δε, είναι πολύ αποτελεσματικά. Συνίστανται σε περίπτωση επιδημίας, για να σταματήσει η διασπορά του ιού. Αν δεν υπάρχει επάρκεια εμβολίων, χορηγείται πρώτα στα μικρότερα παιδιά, στα οποία η νόσος είναι πιο σοβαρή. Για να προληφθεί η προσβολή των παιδιών στα οποία, για οποιοδήποτε λόγο, δεν έχουν γίνει εμβόλια, και τα οποία ήρθαν σε επαφή με αρρώστους από ιλαρά, χρησιμοποιείται η γ-σφαιρίνη. Αν εισαχθεί έγκαιρα, τότε η ασθένεια, είτε δεν εκδηλώνεται, είτε παρνάει εύκολα (ήπια ιλαρά). (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 54).

## 6.7. ΠΟΛΥΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ



Η πολυομυελίτιδα είναι οξεία, ιογενής νόσος, η οποία πριν από λίγα χρόνια εμφανιζόταν σποραδικά ή κατά επιδημίες. Μετά την παρασκευή και εφαρμογή του εμβολίου, η νόσος είναι σπάνια.

Ο άνθρωπος σαν η μόνη φυσική αποθήκη του ιού, μεταδίδει τη μόλυνση διαμέσου της στοματικής οδού και των κοπράνων, προπάντων στην περίπτωση της στενής επαφής σε πολυάνθρωπο περιβάλλον.

Ο χρόνος επώασης της νόσου είναι 6-20 ημέρες, μπορεί όμως να παραταθεί μέχρι και 35 ημέρες. Ο χρόνος μετάδοσης αρχίζει με την εκδήλωση της νόσου και διαρκεί 6-8 εβδομάδες.

Σε πρώτη φάση, ο ιός πολλαπλασιάζεται στο γαστρεντερικό σωλήνα και αν η απάντηση του οργανισμού είναι ανεπαρκής, ο ιός εισχωρεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Αρχικά εμφανίζονται πυρετός, βήχας, ερυθρότητα του λαιμού, πόνοι στις αρθρώσεις, μερικές δε φορές μπορεί να υπάρχει εμετός και διάρροια, χωρίς να ελαττωθεί ο πυρετός ή στο 50% των περιπτώσεων, μετά από ένα μικρό χρονικό διάλειμα, στο οποίο δεν εμφανίζονται συμπτώματα, παρουσιάζονται πόνοι στα άκρα, ακαμψία του αυχένα και ελάττωση των αντανακλαστικών. (Κ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ 1984, σελ. 37).

**Κλινική εικόνα:** διακρίνονται τέσσερεις μορφές της νόσου:

1. Ασυμπτωματική μορφή: είναι η πιο συνηθισμένη και αφορά το 90-95% των περιπτώσεων.

2. Ελαφρά μορφή: εκδηλώνεται με πυρετό 39°C, αίσθημα γενικής κακουχίας, ναυτία, έμετους, κοιλιακά άλγη, κεφαλαλγία, δυσκαταποσία. Τα συμπτώματα διαρκούν από μερικές ώρες, μέχρι και μερικές ημέρες.

3. Μη παραλυτική μορφή: η κλινική εικόνα είναι όμοια με εκείνη της ελαφράς μορφής, ο πυρετός όμως, διαρκεί περισσότερο μετά από 2-3 ημέρες εμφανίζονται παραλύσεις. Για την παράλυση, η επαναφορά διευκολύνεται από ειδικές ασκήσεις αποκατάστασης, αλλά πάνω από όλα, με την καλιέργεια εμπιστοσύνης του αρρώστου στον εαυτό του και την ελπίδα μιάς επιστροφής σε φυσιολογική κατάσταση.

4. Παραλυτική μορφή: αυτή ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης, διακρίνεται σε νωτιαία και προμηκική.

Επομένως, η θεραπεία του ασθενή πρέπει να αφήνεται σε ομάδα ειδικευμένων, που εργάζονται σε συνεργασία προπάντων, με ένα φυσιοθεραπευτή. Παρακολουθείται ο άρρωστος για αναπνευστική ανεπάρκεια. Αν χρειασθεί γίνεται χρήση αναπνευστήρα και τραχειοτομή. Η προφύλαξη γίνεται με το εμβόλιο Sabin, που περιέχει τους τρεις τύπους των ιών. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 236).

## 6.8. ΓΡΙΠΠΗ

Είναι νόσος οξεία, μεταδοτική και οφείλεται σε ιό, προσβάλλει δε άτομα οποιασδήποτε ηλικίας και εντοπίζεται, κυρίως, στο αναπνευστικό σύστημα. Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από μία μέχρι τρεις ημέρες, ενώ ο ιός απεκκρίνεται από τον οργανισμό για δύο ημέρες μέχρι μία εβδομάδα. Μεταδίδεται με τα σταγονίδια του μολυσμένου ατόμου και με άμεση επαφή.

Εξαιρετικά επικίνδunami για την μετάδοση της γρίπης στους γύρω ανθρώπους, είναι οι άρρωστοι που περνούν σε ελαφρά μορφή τη γρίπη και γι' αυτό δεν δίνουν σημασία, ούτε πηγαίνουν στο γιατρό, ούτε και παραμένουν σπίτι τους και με αυτό τον τρόπο μεταδίδουν τη νόσο. (Γ. ΑΡΑΠΑΚΗ 1968, σελ. 41).

Για το θέμα περίθαλψης του αρρώστου, αποφασίζει ο γιατρός. Εάν παραμείνει στο σπίτι, για να αποτραπεί η μετάδοση της μόλυνσης, πρέπει να απομονωθεί σε ξεχωριστό δωμάτιο. Το παιδί πρέπει να σκεπάζει τη μύτη και το στόμα του όταν μιλά, βήχει ή φταρνίζεται.

Ο ιός της γρίπης εμφανίζει δύο αντιγόνα. Το αντιγόνο S (Soluble - διαλυτόν) και το αντιγόνο V (Ural - ιός). Το S χαρακτηρίζει τον τύπο του ιού ενώ το V χαρακτηρίζει τα στελέχη των διαφόρων τύπων του ιού της γρίπης. Χαρακτηριστική ιδιότητα των ιών της γρίπης, έχουν σημασία πρακτική, είναι ότι η αντιγονική σύσταση των διαφόρων στελεχών μεταβάλλεται αυτομάτως, με αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων στελεχών. Τα νέα αυτά στελέχη έχουν τελείως διαφορετική αντιγονική δομή από εκείνη εκ της οποίας προέρχονται. Βάσει των αντιγόνων, ο ιός της γρίπης διακρίνεται στους τύπους A, B, C.

**Τύπος A :** Αυτός διακρίνεται σε 18 υποτύπους, οι οποίοι στον οργανισμό δημιουργούν ειδικά τούτων αντισώματα. Ο τύπος A είναι ο πλέον συχνότερος και εμφανίζει παραλλαγές του αντιγόνου και διά μεταλλάξεως και επιλογής εμφανίζονται νέοι αντιγονικοί υπότυποι. Οι νέοι αυτοί αντιγονικοί συνδυασμοί

προκαλούν εκτεταμένες και πολύ σοβαρές επιδημίες ανά 4-5 έτη περίπου. Έτσι από το 1932 μέχρι και το 1960 εμφανίστηκαν 7 περίπου νέοι τέτοιοι υπότυποι (π.χ. υπότυπος A, υπότυπος A1 κ.ά.). Εκτός των ανωτέρω ανακατατάξεων των αντιγονικών στοιχείων του ιού της γρίπης εμφανίζεται, περίπου ανά 30-40 έτη πιθανώς, νέο κύριο αντιγόνο κατόπιν ουσιώδους μεταλλάξεως του ιού. Αποτέλεσμα τούτου είναι, ότι ο πληθυσμός δεν είναι άνοσος έναντι του νέου τύπου και προκαλούνται σοβαρότατες πανδημίες όπως π.χ. συνέβη το 1917-1918 (Ισπανική γρίπη) και το 1957-58 (ιός της Ασιατικής γρίπης ή A2). Ο πληθυσμός σχηματίζει αντισώματα έναντι των διαφόρων υποτύπων του νέου, παραλλαγέντος, ιού. Συνεπώς, προΐούσης της ηλικίας, στον πληθυσμό υπάρχουν (δημιουργούνται) αντισώματα προς τους παλαιούς και νέους υποτύπους των ιών, ενώ αυτός θα είναι ευαίσθητος προς τον τύπο της προσεχούς επιδημίας.

Ο ιός της γρίπης των χοίρων είναι υπότυπος της ομάδος A. Ενοχοποιείται για την πανδημία του 1917-18. Έκτοτε όμως δεν προκάλεσε επιδημίες στους ανθρώπους.

**Τύπος Β:** Ο τύπος Β εμφανίζει όπως και ο Α παραλλαγές, αλλά αυτές είναι βαθμιαίες και λιγότερο έντονες. Έτσι ο Β προκαλεί κατ' έτος ενδημικές εστίες και ανά 3-6 έτη εκτεταμένες και μέτριας έντασης επιδημίες.

**Τύπος C:** Το αντιγόνο αυτού είναι σταθερό. Δεν εμφανίζει υποτύπους. Δεν προκαλεί επιδημίες. Οι σ' αυτόν οφειλόμενες λοιμώξεις είναι υπό οξείας μορφής. (Κ. ΡΟΥΚΑ 1978 σελ. 279).

Κλινική εικόνα:

- Η νόσος αρχίζει με κακουχία, ρίγος, πυρετό, κεφαλαλγία, οσφυαλγίες και αρθραλγίες.
- Βήχας, οπισθοστερνικός πόνος, ακόμη και έμετοι.

- Σε βαριές περιπτώσεις, προκαλείται πνευμονία με αποτέλεσμα δύσπνοια και καρδιακή επιβάρυνση.

Η νόσος διαρκεί συνήθως 24 ημέρες, εφόσον όμως δεν εμφανιστούν επιπλοκές.

Επιπλοκές:

- Βρογχίτιδα και βρογχοπνευμονίες, αποστήματα του πνεύμονα.
- εγκεφαλίτιδης, μυοκαρδίτιδες κ.λ.π. (Κ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ 1984, σελ. 9).

Πρόληψη:

Η πρόληψη της γρίπης γενικά συνίσταται στην σκληραγώγηση του οργανισμού, στη φυσική αγωγή και τα σπορ, στην έγκαιρη θεραπεία των παθήσεων των παραρινικών κόλπων (ιγμορίτιδα).

Για την ειδική πρόληψη, χρησιμοποιούνται αντιγριππικά εμβόλια. Ο εμβολιασμός γίνεται κάθε χρόνο το φθινόπωρο και το χειμώνα. Τα οφέλη του εμβολιασμού είναι ότι προλαβαίνει οποσδήποτε τη γρίπη, αλλά και ότι στην περίπτωση που το άτομο προσβληθεί από αυτή, περνάει την αρρώστεια σε ελαφρότερη μορφή. Σε καιρό επιδημίας, πρέπει να αποφεύγονται, η μετάβαση σε χώρους που συχνάζουν πολλά άτομα, σε συγκεντρώσεις που γίνονται σε κλειστό χώρο, οι κοπώσεις, οι ψύξεις και οι συναναστροφές με αρρώστους. Συνίστανται δε και μέτρα ατομικής υγιεινής.

Θεραπεία:

- α) Τα αντιβιοτικά δεν δρουν,
- β) Γλυκοκορτικοειδή,
- γ) Αντιπυρετικά, αντιβηχικά,
- δ) εμβόλια (προφύλαξη).

Ποιοί πρέπει να εμβολιάζονται:

α) Αυτοί που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, έτσι ώστε να ελαττώνεται η βιολογική τους αντίσταση (νόσοι νεφρών, σακχαρώδη διαβήτη).

β) Τα άτομα εκείνα που εκτίθενται κατά πολύ στη μόλυνση (δάσκαλοι, μαθητές κ.λ.π.).

γ) Οι άνω των 15 ετών. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 74).

## 6.9. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

Οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Α, ο οποίος είναι ιός RNA και παρουσιάζει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τους εντεροϊούς. Μεταδίδεται σχεδόν αποκλειστικά σε άτομα του στενού περιβάλλοντος, με τη στοματική οδό και σπανιότερα, με μολυσμένες τροφές ή με το νερό. Η μεταδοτικότητα της νόσου, η οποία συνδέεται με την ύπαρξη συγκεντρώσεων του ιού στα κόπρανα, είναι μεγαλύτερη κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες, πριν από την εμφάνιση του ικτέρου και διαρκεί 2 - 5 ημέρες μετά την εμφάνισή του. Η προφύλαξη από τη νόσο επιτυγχάνεται με παθητική ανοσοποίηση και συνίσταται σε όλα τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου. Χορηγείται 0,02 ml/kg κοινής γ-σφαιρίνης σε μία δόση i.m., όσο το δυνατό συντομότερα, μετά την έκθεση στη λοίμωξη. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 246).

Στα σχολεία, στις αστικές περιοχές, η μετάδοση του ιού, γίνεται από μολυσμένα τρόφιμα της καντίνας του σχολείου ή μέσω αποχωρητηρίων. Η εμφάνιση της ηπατίτιδας Α έχει σχέση με το επίπεδο δημόσιας υγιεινής. Σε περιοχές, όπου το επίπεδο αυτό είναι χαμηλό, τα περισσότερα παιδιά μολύνονται σε μικρή ηλικία και αποκτούν ισόβια ανοσία. Αν εμφανιστεί ένα κρούσμα στο σχολείο, δεν χρειάζονται ειδικά μέτρα. Αν όμως εμφανιστούν περισσότερα, θα πρέπει να ελεγχθεί το σχολείο και να ληφθούν ορισμένα μέτρα. Σε περίπτωση επιδημίας, δεν πρέπει να δημιουργείται πανικός, γιατί η νόσος στα παιδιά έχει καλή πρόγνωση. Πρόσφατα έχει παρασκευασθεί εμβόλιο, που περιέχει νεκρούς ιούς και το οποίο δοκιμάζεται στον άνθρωπο. Τα αντισώματα εναντίον του ιού της ηπατίτιδας Α, αρχίζουν να ανιχνεύονται στον ορό, 1-2 εβδομάδες μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων και παραμένουν για αόριστο χρονικό διάστημα. Η νόσος δεν μεταδίδεται στη μητέρα κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό. Χρόνος επώασης 4-6 εβδομάδες. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 136).

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο:

1. Απομάκρυνση του κρούσματος για 1 εβδομάδα μετά την εμφάνιση του ικτέρου. Υποχρεωτική εισαγωγή στο νοσοκομείο και απολύμανση των χώρων.

2. Έλεγχος του πόσιμου νερού στο σύστημα ύδρευσης του σχολείου και ενδεχομένως χλωρίωσή του.

3. Έλεγχος των τροφίμων της καντίνας και των χειριστών της.

4. Απολύμανση των αποχωρητηρίων του σχολείου.

5. Η σχολαστική καθαριότητα των χεριών, η χρησιμοποίηση ατομικών σκευών από τον ασθενή. Η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της νόσου. Σε χώρες με πολύ καλές υγειονομικές συνθήκες, τα παιδιά προσβάλλονται εξαιρετικά σπάνια. (ο.π., σελ. 138).



## 6.10. ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ

Η λοιμώδης μονοπυρήνωση οφείλεται στον ιό Epstein - Barr, ο οποίος ανήκει στην ομάδα των ιών του έρπητα. Η τυπική μορφή της νόσου, χαρακτηρίζεται από πυρετό, συνάγχη, λεμφαδενοπάθεια και ηπατοσπληνομεγαλία.

Η νόσος μεταδίδεται, συνήθως, από άτομο σε άτομο με το σίελο, είτε απευθείας, είτε με πρόσφατα μολυσμένα αντικείμενα. Η μεταδοτικότητα, αρχίζει λίγες ημέρες πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων και διαρκεί όσο διαρκεί και η νόσος. Σπάνια η μεταδοτικότητα μπορεί να παραταθεί και μέχρι 6 μήνες. Ο χρόνος επώασης στους ενήλικους είναι 30-50 ημέρες, ενώ στα παιδιά, κάπως βραχύτερος. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 251).

**Κλινική εικόνα:** Η νόσος εκδηλώνεται με αίσθημα κακουχίας, κεφαλαλγίας, τάση προς έμετο και κοιλιακά άλγη. Μετά από μερικές ημέρες, εμφανίζεται πυρετός, που προοδευτικά αυξάνεται και έντονη φαρυγγίτιδα, η οποία συνοδεύεται από δυσκαταποσία. Διαπιστώνεται ακόμη διόγκωση των αμυγδαλών, οι οποίες καλύπτονται από επίχρισμα, που μοιάζει με εκείνο της στρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας ή της διφθερίτιδας. Συχνά συνυπάρχει εξάνθημα, το οποίο εντοπίζεται στα σύνορα μαλακής και σκληρής υπερώας και χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μικρών πετεχειών.

Άλλα χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα, είναι η διόγκωση των λεμφαδένων και η ηπατοσπληνομεγαλία. Η διόγκωση αφορά κυρίως τους τραχηλικούς λεμφαδένες και λιγότερο τους μασχαλιαίους και τους βουβωνικούς. Διόγκωση ήπατος παρατηρείται στο ένα τρίτο των περιπτώσεων, η οποία σπάνια συνοδεύεται από ίκτερο. Συχνά παρατηρείται διόγκωση του σπληνός 2-3 cm. Σε 10 - 20% των αρρώστων εμφανίζεται την 4η με 10η ημέρα, κηλιδοβλατιδώδες

εξάνθημα, το οποίο εντοπίζεται κυρίως στον κορμό και λιγότερο στο πρόσωπο και στα άκρα.

Τα συμπτώματα διαρκούν 2-4 εβδομάδες και υποχωρούν βαθμιαία. Πρέπει να σημειωθεί, ότι όσο μικρότερο είναι το παιδί, τόσο πιο άτυπη είναι η κλινική εικόνα. Συχνά, η διαδρομή της νόσου είναι πολύ ελαφρά ή ακόμη και ασυμπτωματική.

**Επιπλοκές:** η ρήξη του σπλήνα, αποτελεί σπάνια επιπλοκή στα παιδιά. Η μεγάλη διόγκωση των αμυγδαλών, μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική δυσχέρια ή ακόμη και πλήρη απόφραξη των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Επιπλοκές από το Κ.Ν.Σ. είναι η άσηπτη (ιογενής) μηνιγγίτιδα, η εγκεφαλίτιδα και σπανιότερες επιπλοκές είναι η ορχίτιδα, η καρδίτιδα και η πνευμονίτιδα, καλής όμως πρόγνωσης.

**Θεραπεία:** ειδική θεραπεία της νόσου δεν υπάρχει. Κατά την οξεία φάση της νόσου συνίσταται κατάκλιση και αντιμετώπιση του πυρετού. Σε περιπτώσεις έντονης αναπνευστικής δυσχέρειας, μυοκαρδίτιδας και περικαρδίτιδας, χορηγείται πρεδνιζόνη για 7-10 ημέρες, με ευνοϊκά αποτελέσματα. (Ι. ΤΣΕΒΡΕΝΗ 1968, σελ. 277).

## 6.11. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (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 αντισωμάτων, με αποτέλεσμα το άτομο που προσβάλλεται από τον ιό αυτό να μην μπορεί να αμυνθεί εναντίον των λοιμώξεων και υποκύπτει σε αυτές. Ο ιός αναπαράγεται στα Τ-λεμφοκύτταρα με πολύ μεγάλη συχνότητα. Αυτό εξηγεί γιατί ο ιός του A.I.D.S. 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:

- α) Άτομα με έντονη ομοσεξουαλική και ετεροσεξουαλική ζωή και με μεγάλο αριθμό συντρόφων.
- β) Τοξικομανείς που κάνουν χρήση ναρκωτικών ενδοφλέβια.
- γ) Άτομα με αιμοφιλία.
- δ) Άτομα που παρουσιάζουν πρόδρομα συμπτώματα της νόσου.

Πρόδρομα συμπτώματα είναι:

- α) καταβολή δυνάμεων - γενική κακουχία
- β) πυρετός διάρκειας βδομάδων ή μηνών
- γ) απώλεια σωματικού βάρους
- δ) οίδημα λεμφαδένων

ε) κακοήθης νεοπλασία - σάρκωμα kaposi, Non-Hodgkin λέμφωμα (σπάνια αλλά εκδηλώνεται πολύ έντονα και προσβάλλει το δέρμα, τους λεμφαδένες και τον πεπτικό σωλήνα).

Διάγνωση HIV - Λοιμώξεις σε νεογνά και βρέφη μητέρας HIV (+).

- Τα περισσότερα νεογνά κ.φ. (κατά φύση) κατά τη γέννηση.
- Όταν ανιχνεύονται αντισώματα 1gG anti-HIV στον ορό νεογνού ή βρέφους ηλικίας < 15 μηνών δυνατόν να πρόκειται απλώς για αντισώματα από τη μητέρα.

Αντίθετα η διάγνωση τίθεται αν στον εργαστηριακό έλεγχο βρέφους έχουμε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Καλλιέργεια HIV (+)
- Απομόνωση αντιγόνου HIV
- 1gM anti-HIV (+)
- Ανάπτυξη νέων αντισωμάτων και η κλινική συμπτωματολογία που προαναφέρθηκε.

### Θεραπεία

- Αζιδοθυμιδίνη (AZT)
- Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των επανειλημμένων λοιμώξεων
- IV ανοσοσφαιρίνη σε υψηλή δόση
- Εμβολιασμοί όπως και σε παιδιά χωρίς HIV-λοίμωξη, εκτός του ότι θα πρέπει να χορηγείται το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας που περιέχει τον αδρανοποιημένο ιό. (M. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ 1995, σελ. 245).

## 6.12. ΑΙΦΝΙΔΙΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ

Το αιφνίδιο εξάνθημα πιθανώς οφείλεται σε ιό, προσβάλλει τα παιδιά ηλικίας 6 μηνών μέχρι 2 ετών. Ο τρόπος μετάδοσης δεν είναι γνωστός, φαίνεται, όμως, ότι καταλείπει μόνιμη ανοσία. Ο χρόνος επώασης δεν είναι απολύτως γνωστός.

**Κλινική εικόνα:** η νόσος εισβάλλει με υπερπυρεξία και έντονη ανησυχία. Ο φάρυγγας είναι ερυθρός, σπάνια παρατηρείται οίδημα των βλεφάρων και επιπεφυκίτιδα. Ο πυρετός για 3-4 ημέρες παραμένει υψηλός και πέφτει απότομα. Κατά την υπερπυρεξία είναι δυνατό να εμφανιστούν σπασμοί. Χαρακτηριστικό είναι, ότι παρά τα θορυβώδη συμπτώματα και την υπερπυρεξία, μετά την χορήγηση αντιπυρετικών, η γενική κατάσταση του παιδιού είναι άριστη. Αμέσως μετά την πτώση του πυρετού και σπάνια 1-2 2ήμερα πριν την πτώση, εμφανίζεται αραιό εξάνθημα ροδαλό, μικροκιλιδώδες ή κηλιδοβλατιδώδες στο πρόσωπο, στον κορμό και τα άκρα. Το εξάνθημα εξαφανίζεται μετά 1-2 ημέρες και σπάνια προκαλεί απολέπιση.

Επιπλοκές: δεν υπάρχουν.

Θεραπεία: είναι μόνο αντιπυρετική, όσο για την προφύλαξη δεν υπάρχει τρόπος. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 134).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑ

#### 7.1. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Οφείλεται στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ή βακτηρίδιο του COCH. Είναι χρόνια μεταδοτική νόσος και συνηθέστερα εντοπίζεται στους πνεύμονες (πνευμονική φυματίωση).

Η μετάδοση του μικροβίου γίνεται με τα σταγονίδια του αρρώστου, με το άβραστο γάλα φυματικών αγελάδων, με μολυσμένο από τα σταγονίδια ασθενών αέρα και με μολυσμένη σκόνη. Επίσης, από μολυσμένα αντικείμενα και από εκκρίματα αρρώστων (κόπρανα και ούρα).

Η μόλυνση του παιδιού από φυματική μητέρα κατά την κύηση είναι δυνατή, αλλά αυτό μάλλον είναι θεωρητικό, γιατί κατά κανόνα τα νεογνά είναι υγιή και πρέπει να απομακρύνονται γρήγορα από το φυματικό περιβάλλον.

Η νόσος λέγεται φυματίωση, γιατί σχηματίζονται τα φυμάτια, που είναι μικροί σχηματισμοί, οι οποίοι έχουν στο κέντρο τους μυκοβακτηρίδια και στην περιφέρεια ειδικά φαγοκύτταρα του ΔΕΣ. Με αυτό τον τρόπο ο οργανισμός εντοπίζει τα μικρόβια και τα εμποδίζει να εξαπλωθούν. (Ε. ΚΑΛΚΑΝΗ 1996, σελ. 256).

Υπάρχουν οι εξής τύποι φυματίωσης:

1. ανθρώπειος τύπος.
2. Βόειος τύπος.
3. Ορνίθιος τύπος.

Ιδιαίτερη σημασία για τη δημόσια υγεία έχουν οι δύο πρώτοι τύποι φυματίωσης.

**Κλινική εικόνα:** (Πνευμονικής φυματίωσης).

- Βήχας ζωηρος, που μετά γίνεται παραγωγικός με πτύελα αιματηρά,
- αιμοπτύσεις,
- μικρός, απογευματινός, πυρετός και νυχτερινοί ιδρώτες,
- ανορεξία, κακουχία και απώλεια βάρους.

Η ακτινολογική εξέταση και η καλλιέργεια θα επιβεβαιώσουν τη νόσο.

Σε πάρα πολλά όργανα μπορεί πρωτοπαθώς ή δευτεροπαθώς από τους πνεύμονες να προκύψει φυματίωση, οπότε θα έχουμε ανάλογα συμπτώματα (φυματίωσης νεφρών, εντέρου, λάρυγγος, οστών, φυματιώδης μηνιγγίτις κ.λ.π.). (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 172).

**Θεραπεία:** χορηγούνται αντιφυματικά φάρμακα τα οποία είναι:

- Στρεπτομυκίνη,
- Ισονιαζίδη,
- Παροαμινοσαλκυλικό οξύ.

Τα φάρμακα αυτά συνήθως δίδονται σε συνδυασμό μεταξύ τους.

Προφύλαξη: αποφυγή της άμεσης και έμμεσης επαφής του υγιούς πληθυσμού με τις πηγές μόλυνσεως. Δήλωση κάθε κρούσματος στις Υγειονομικές Υπηρεσίες του κράτους. Απομόνωση και θεραπεία του ασθενούς. Προφυλακτικός εμβολιασμός B.C.G., ταχεία διάγνωση, ισχυρά βιοθεραπευτικά, υγιεινή διαβίωση (κατοικία, εργασία, διατροφή) και αποφυγή υπερκοπώσεως. Υγεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση των αρρώστων (π.χ. να μην φτύνουν οπουδήποτε κ.λ.π.). (R.ELLIS 1980, σελ. 194).

**Αντιφυματικός αγώνας:** Το κράτος έχει οργανωμένες, υπηρεσίες, εξοπλισμένες με τα απαραίτητα μέσα, έτσι ώστε να ελέγχει περιοδικά, τα άτομα

μεγάλων κλειστών πληθυσμών π.χ. σχολείων, στρατού, βιομηχανιών, ώστε να επιτυγχάνεται η παρακολούθηση της πορείας της φυματιώσεως στον πληθυσμό.

Φυματίνη και φυματινοδερμοαντιδράσεις.

Φυματινοδερμοαντίδραση ονομάζεται η αντίδραση του δέρματος, που εμφανίζεται όταν με διάφορες τεχνικές, ποσότητα φυματίνης έρχεται σε επαφή με τις επιφανειακές στοιβάδες της επιδερμίδας. Η εισαγωγή της ποσότητας της φυματίνης, γίνεται για λόγους ασφαλείας του εξεταζόμενου, γιατί παρατηρήθηκε, ότι υπάρχουν άτομα υπερευαίσθητα στο αλλεργιογόνο φυματίνη και τα οποία παρουσιάζουν έντονες τοπικές ή γενικές αντιδράσεις του οργανισμού, όταν έλθουν σε επαφή με αυτήν. Η Mantoux χαρακτηρίζεται σαν θετική, όταν στο σημείο που έγινε εμφανιστεί μία κόκκινη ζώνη, με διάμετρο 5-6mm, εξοιδημένη και με βάση σκληρή, διηθημένη. Αν στο σημείο εμφανιστεί μόνο η κόκκινη ζώνη, χωρίς τη σκληρή διήθηση δεν λαμβάνεται υπ'όψιν. Πρέπει να σημειώσουμε, ότι για να υπάρχει θετική Mantoux, πρέπει η επαφή των ΜΦ. με τον οργανισμό να έγινε τουλάχιστο πριν από 4 μέχρι 6 εβδομάδες. Η χρονική απόσταση, μεταξύ Mantoux και B.C.G. πρέπει να είναι 7 ημέρες. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 103).



## 7.2. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Παρά το γεγονός ότι οι θάνατοι που προκαλούνται από μικροβιακές λοιμώξεις στις προηγμένες χώρες έχουν μειωθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων 40 ετών, εν τούτοις οι θάνατοι που οφείλονται σε μικροβιακή μηνιγγίτιδα έχουν μειωθεί ελάχιστα.

Οι περισσότερες περιπτώσεις μικροβιακής μηνιγγίτιδας μετά τη νεογνική ηλικία, οφείλονται στο μηνιγγιτιδόκοκκο, αιμόφιλο της γρίππης τύπου b και τον πνευμονιόκοκκο. Στην Ευρώπη, όπως και στην Ελλάδα, αίτιο είναι ο μηνιγγιτιδόκοκκος. Οι περισσότερες περιπτώσεις (90%), παρατηρούνται σε παιδιά ηλικίας 1 μηνός - 5 ετών, με υψηλότερη συχνότητα στις ηλικίες 6-12 μηνών. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εγκατάσταση των μικροβίων στον Κ.Ν.Σ., είναι η ηλικία, το φυλλο, η ύπαρξη ανοσολογικού ελλείματος, η νεφρική ανεπάρκεια, ο διαβήτης, η θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά, η σπληνεκτομή κ.α.

Η συχνότητα είναι αυξημένη στα νεογέννητα, λόγω της ανωριμότητας των αμυντικών μηχανισμών και είναι συχνότερη στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 112).

**Κλινική εικόνα:** η νόσος εκδηλώνεται με πυρετό, ναυτία, εμέτους, ανορεξία, κεφαλαλγία, ευερεθιστικότητα, σύγχυση, φωτοφοβία, αυχενική δυσκαμψία, σπασμούς και κώμα. Στο βρέφος τα κλινικά ευρήματα είναι δυνατόν να είναι ελάχιστα. Η νόσος εκδηλώνεται με ευερεθιστικότητα, νωθρότητα, άρνηση στη λήψη τροφής.

Η αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης αποτελεί τον κανόνα στα μεγαλύτερα παιδιά και εκδηλώνεται με κεφαλαλγία, ενώ στα βρέφη από την προπέτεια της πρόσθιας πηγής και την διάταση των ραφών. Σε πολλές περιπτώσεις

παρατηρείται έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης, με αποτέλεσμα την κατακράτηση ύδατος και αποβολή νατρίου. Αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερη αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης. Σηπτικό shock αναπτύσσεται κυρίως στην κεραυνοβόλο μορφή.

Θεραπεία: η θεραπεία πρέπει να αρχίζει αμέσως μόλις τεθεί η διάγνωση και συνίσταται σε ενδοφλέβια χορήγηση αμπικιλίνης. Η θεραπεία διακόπτεται 5 ημέρες μετά την πτώση του πυρετού. Η οσφουονωτιαία παρακέντηση πρέπει να επαναλαμβάνεται 2 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας και 2 ημέρες μετά τη διακοπή της. Διαταραχές που συνοδεύουν τη νόσο είναι το shock, σπασμοί, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη και έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης.

Προφύλαξη: αν παρουσιασθεί κρούσμα στο σχολείο απομακρύνεται και απομονώνεται για 24 ώρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Η πρόληψη συνίσταται στην έγκαιρη εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο και μέχρι την αποστολή του εκεί: αερισμός του δωματίου, υγρός καθαρισμός με απολυμαντικά μέσα.

Τα παιδιά που είναι φορείς του μικροβίου δεν πρέπει να πηγαίνουν σχολείο μέχρι να πάψουν να είναι φορείς. Δεν υπάρχει εμβόλιο ή ορός. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 139).

### 7.3. ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ

Η διφθερίτιδα οφείλεται στο κορυνοβακτηρίδιο της διφθερίτιδας, το οποίο είναι Gram θετικός κόκκος, ακίνητος, έχει κορυνοειδές σχήμα, πολλαπλασιάζεται τοπικά, δεν κυκλοφορεί στο αίμα και παράγει ισχυρότατη εξωτοξίνη, στην οποία οφείλονται και οι εκδηλώσεις της νόσου.

Η διφθερίτιδα άλλοτε, ήταν πολύ διαδεδομένη σε ολόκληρο τον κόσμο, με την καθέρωση όμως ευρύτατου εμβολιασμού στις αναπτυγμένες χώρες, έχει σχεδόν εξαφανιστεί.

Η νόσος μεταδίδεται από ασθενείς ή υγιείς μικροβιοφορείς, κυρίως με σταγονίδια που εκπέμπονται από το στόμα. Η μετάδοση αρχίζει 2 ημέρες πριν από την εκδήλωση των συμπτωμάτων και διαρκεί σε όλη τη φάση της μικροβιοφορίας. Η χορήγηση πενικιλίνης, έχει σαν αποτέλεσμα, η νόσος να παύσει να μεταδίδεται μετά 48 ώρες.

Στο σημείο που εγκαθίστανται και πολλαπλασιάζονται τα μικρόβια, δημιουργείται τοπική φλεγμονή και οίδημα, σχηματίζοντας ψευδομεμβράνες (διφθέρες), ο σχηματισμός των οποίων οφείλεται στην τοπική δράση της διφθεριτικής τοξίνης και οι οποίες αποτελούνται από μικρόβια, ινικά λευκοκύτταρα και νεκρωμένους ιστούς.

Στο σχολείο γίνεται απομάκρυνση του κρούσματος, για 15 ημέρες, θεραπεία και δήλωση της ασθένειας. Με την εισαγωγή του παιδιού στο Νοσοκομείο, γίνεται απολύμανση του χώρου, όπου έμεινε πριν. Για 7 ημέρες τα παιδιά που ζουν στο διαμέρισμα του παιδιού που αρρώστησε, απαγορεύεται να πάνε σχολείο. Γίνεται έλεγχος για υγιείς μικροβιοφορείς στο σχολείο και θεραπεία σε όσους ανακαλυφθούν. Πλήρης εμβολισμός σε όλα τα παιδιά που

βρίσκονται στο στενό περιβάλλον με το πρώτο κρούσμα, εκτός αν είχαν στο παρελθόν εμβολιαστεί κανονικά. (Κ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ 1984, σελ. 86).

Συμπτώματα: κυνάγχη με διόγκωση των αμυγδαλών, διόγκωση των αυχενικών λεμφαδένων με οίδημα του λαιμού, μικρή πυρετική κίνηση, δύσπνοια όταν η ψευδομεμβράνη εντοπισθεί στο λάρυγγα, τοξιναιμία. Από τη δράση της τοξίνης στα νεύρα παρατηρείται διπλωπία, στραβισμός (παράλυση μυών οφθαλμών), κινητικές διαταραχές. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 158).

Κλινική εικόνα: Ο χρόνος επώασης της νόσου είναι 2-6 ημέρες, ανάλογα δε με τη θέση που αναπτύσσεται η λοίμωξη διακρίνονται οι εξής μορφές:

Ρινική διφθερίτιδα: είναι σπάνια (1-2%) και παρατηρείται συνήθως σε βρέφη και μικρά παιδιά.

Φαρυγγική διφθερίτιδα: αποτελεί την πιο συχνή μορφή της νόσου (80 - 90%) και εκδηλώνεται με γενική κακουχία, ελαφρύ πυρετό και συμπτώματα φαρυγγίτιδας.

Λαρυγγική διφθερίτιδα: σπανιότατα είναι πρωτοπαθής, ενώ συνήθως οφείλεται σε επέκταση της φλεγμονής του φάρυγγα. Χαρακτηρίζεται από βράγχος φωνής, που μπορεί να φθάσει μέχρι αφωνίας, υλακώδη βήχα και πλήρη απόφραξη.

Επιπλοκές: Καρδιακή ανεπάρκεια, απόφραξη λάρυγγος, περιφερική νευρίτιδα. (Κ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ 1984, σελ. 86).

Θεραπεία: η θεραπεία πρέπει να αρχίζει το συντομότερο δυνατό και να γίνεται στο Νοσοκομείο. Σε ύποπτες περιπτώσεις συνίσταται η άμεση χορήγηση διφθεριτικής αντιτοξίνης, πριν ακόμη γίνει γνωστό το αποτέλεσμα της καλλιέργειας. Η θεραπεία αποσκοπεί στην εξουδετέρωση της κυκλοφορούσης τοξίνης, η οποία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αντιδιφθεριτικής αντιτοξίνης και την εκρίζωση των κορυνοβακτηριδίων με τη χορήγηση πενικιλίνης ή

ερυθρομυκίνης για 14 ημέρες. Η δόση της αντιτοξίνης καθορίζεται εμπειρικά, εφόσον δε η διάγνωση γίνει τις πρώτες 48 ώρες, χορηγούνται, αφού προηγηθεί δοκιμασία ευαισθησίας, 80.000 - 100.000 ενδοφλέβια. Στους χρόνιους μικροβιοφορείς χορηγείται ερυθρομυκίνη. Στην περόληψη συμβάλλει η χορήγηση τριπλού εμβολίου (DTP), καθώς και η θεραπεία με αντιβιοτικά. Ο βαθμός ανοσίας αποκαλύπτεται με τη δερμοαντίδραση Shick.

Τέλος, θα πρέπει να έχει κανείς υπόψιν του (οι γονείς ή η νοσηλεύτρια), ότι μόλις το παιδί αρρωστήσει από αμυγδαλές, πρέπει αμέσως να απευθυνθούν στο σχολίατρο. Δεν επιτρέπεται η θεραπεία των αμυγδαλών να γίνεται χωρίς γιατρό, γιατί το παιδί μπορεί να έχει προσβληθεί από διφθερίτιδα. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 93).

#### 7.4. ΚΟΚΚΥΤΗΣ

Ο κοκκύτης είναι οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος που χαρακτηρίζεται από συχνά επεισόδια σπασμωδικού βήχα. Οφείλεται στον αιμόφιλο του κοκκύτη, ο οποίος παράγει ισχυρή εξωτοξίνη, που είναι υπεύθυνη για τα συμπτώματα της νόσου. Μεταδίδεται κυρίως με τα σταγονίδια, που εκπέμπονται με τον βήχα. Η μεταδοτικότητα της νόσου αρχίζει με την εμφάνιση του παροξυσμικού σταδίου. Η χορήγηση ερυθρομυκίνης για μία εβδομάδα αναστάλλει τη μεταδοτικότητα. Ο χρόνος επώασης είναι 7-14 ημέρες.

Κλινική εικόνα: η κλινική πορεία της νόσου περιλαμβάνει τρία στάδια:

1. Καταρροϊκό στάδιο: διαρκεί 1-2 εβδομάδες και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού (καταρροή, υπεραιμία των επιπεφυκώτων, δακρύρροια, βήχα και ελαφρύ πυρετό).

2. Παροξυσμικό στάσιο: διαρκεί 2-4 εβδομάδες. Τα επεισόδια του βήχα γίνονται συχνότερα, εντονότερα και σύντομα ο βήχας γίνεται παροξυσμικός. Ο παροξυσμός του βήχα αρχίζει με απότομη εισπνοή, στη συνέχεια 5-10 ταχείες βηχικές ώσεις, κατά την οποία ακούγεται και χαρακτηριστικός ήχος, που οφείλεται σε σπασμό της γλωττίδας. Η ίδια μορφή του βήχα επαναλαμβάνεται και στις κατά σειρά επόμενες εκπνοές, μέχρις ότου το παιδί αποβάλλει ποσότητα παχύρρευστης βλέννας, οπότε ο παροξυσμός του βήχα λήγει, επακολουθεί έμετος. Κατά τη διάρκεια του παροξυσμού, το πρόσωπο είναι εξέρυθρο ή κυανωτικό, τα μάτια προβάλλουν, η γλώσσα είναι προς τα έξω, υπάρχει δακρύρροια, σιελόρροια και διάταση των φλεβών του τραχήλου. Μετά το τέλος του παροξυσμού, το παιδί

παρουσιάζει έντονη καταβολή δυνάμεων, η οποία μετά από λίγο παρέρχεται. Οι παροξυσμοί του βήχα επαναλαμβάνονται στις ελαφρές μορφές 4-5 φορές την ημέρα, ενώ στις βαρειές, μέχρι 40 φορές. Το παιδί, όταν καταφέρνει να αναπνέει, ο αέρας προσπαθώντας να περάσει μέσα από τις οδούς, που είναι στενότερες, παράγει ένα χαρακτηριστικό θόρυβο που λέγεται "υλακή".

3. Στάδιο ανάρρωσης: διαρκεί 1-2 εβδομάδες. Τα επεισόδια του χαρακτηριστικού βήχα ελαττώνονται βαθμιαία σε αριθμό και ένταση και τελικά σταματούν, ενώ για μερικούς μήνες εξακολουθεί να υπάρχει κάποιος βήχας.

**Επιπλοκές:** οι επιπλοκές είναι πολλές και αφορούν διάφορα συστήματα. Η πνευμονία αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή, στην οποία οφείλεται το 90% των θανάτων από κοκκύτη σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 3 ετών. Άλλη επιπλοκή είναι η διαταραχή της ακοής, του λόγου, διανοητική καθυστέρηση, υπογλυκαιμία, αιματώματα του σκληρού και των επιπεφυκότων από τους οφθαλμούς, τραυματισμός της γλώσσας, κήλες, διαταραχές της θρέψης και προπωση του ορού. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 112).

**Θεραπεία:** η θεραπεία για παιδιά ηλικίας μικρότερης του έτους, πρέπει να γίνεται πάντα στο νοσοκομείο, ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να νοσηλευθούν στο σπίτι. Η χορήγηση αντιβιοτικών δεν μειώνει τη διάρκεια του παροξυσμικού σταδίου, ελαττώνει όμως την περίοδο μεταδοτικότητας. Όταν παρουσιαστεί στο σχολείο ένα κρούσμα αρρώστιας, το παιδί απομακρύνεται από το σχολείο, μέχρι 4 εβδομάδες και αρχίζει θεραπεία. Παιδί μη εμβολιασμένο που εκτέθηκε στη νόσο στο οικογενειακό του περιβάλλον, θα πρέπει να αποκλεισθεί από το σχολείο για 14 ημέρες. Ο εμβολιασμός μετά την έκθεση στον ιό δεν προστατεύει, άρα δεν συνίσταται στα άλλα παιδιά στο σχολείο. Το πιο αποτελεσματικό προληπτικό μέτρο, είναι ο εμβολιασμός με αντικοκκυτικό

εμβόλιο. Ο νοσηλευτής συνιστά στους γονείς των παιδιών προληπτικό  
εμβολιασμό. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998 σελ. 98).



## 7.5. ΟΣΤΡΑΚΙΑ

Η οστρακιά είναι οξεία στρεπτοκοκκική λοίμωξη και χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό και ερυθρό, στικτό, διάχυτο και μικροκηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα. Οφείλεται σε στελέχη του Β- αιμολυτικού στρεπτόκοκκου και συνήθως προσβάλλει παιδιά ηλικίας μεγαλύτερης των 3 χρόνων. Μεταδίδεται από τον ρινοφάρυγγα 1-2 ημέρες πριν από την εκδήλωση της νόσου και μέχρι 1-2 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Εγκαταλείπει μόνιμη ανοσία και έχει χρόνο επώασης 2-5 ημέρες.

Κλινική εικόνα: η νόσος εισβάλλει με υψηλό πυρετό, κοιλιακά άλγη, εμέτους - δυσκαταποσία. Στην αρχή ο φάρυγγας είναι κοκκινωπός και οι αμυγδαλές σκεπασμένες με βλέννα. Η γλώσσα που είναι σκεπασμένη με ένα υπόλευκο επίχρισμα, στην αρχή, στη συνέχεια απολεπίζεται, παίρνοντας μία μορφή φράουλας. Μετά από 12 ώρες περίπου, εμφανίζονται στις ρίζες των άκρων για να εξαπλωθούν στη συνέχεια στον κορμό, κηλίδες κόκκινες, πολύ μικρές, που εξαπλώνονται και στο πρόσωπο, εκτός, μόνο, από την περιοχή γύρω από το στόμα. Μετά δύο ημέρες, οι κηλίδες αποχρωματίζονται και εμφανίζεται μία απολέπιση, που στο πέλμα του ποδιού, γίνεται με μεγάλα κομμάτια. Οστρακιά μπορεί επίσης να προκληθεί με την είσοδο του στρεπτόκοκκου από το δέρμα, όπως σε περιπτώσεις μετεγχειρητικής λοίμωξης και πυοδερμίας.

**Επιπλοκές:** οι επιπλοκές αφορούν τον νεφρό, την καρδιά και τις αρθρώσεις. (Κ. ΤΣΟΧΑ 1988, σελ. 151).

**Θεραπεία:** επιτακτική είναι η γνωμοδότηση του παιδίατρου για την θεραπεία του ασθενή και την προφύλαξη των υγιών. Αν η πορεία της ασθένειας δεν είναι σοβαρή και εξασφαλίζεται στο άρρωστο παιδί καλή περιποίηση, τότε η

θεραπεία μπορεί να γίνει και στο σπίτι, με την παρακολούθηση γιατρού. Κάθε παιδί πρέπει να απομονώνεται για 10 το λιγότερο ημέρες. Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας και οι μαθητές των δύο πρώτων τάξεων του δημοτικού, μπορούν να πάνε σχολείο, μετά από 12 ημέρες και όχι νωρίτερα από 22 ημέρες από την έναρξη της ασθένειας. Χορηγείται πενικιλίνη από το στόμα για 10 ημέρες. Τα παιδιά που ήρθαν σε επαφή με τον άρρωστο, αλλά δεν αρρώστησαν, δεν επιτρέπεται να πάνε στο σχολείο για 7 ημέρες, από τη στιγμή της απομόνωσης του αρρώστου. Παιδιά μεγαλύτερα από 8 χρονών, υποβάλλονται σε παρακολούθηση για 7 ημέρες. Ο ενήλικας που προσβάλλεται από κυνάγχη, πρέπει να απομονώνεται από το παιδί, γιατί κάποτε η κυνάγχη αυτή αποδεικνύεται ότι είναι μορφή οστρακιάς. Η δήλωση της ασθένειας στις υγειονομικές αρχές είναι υποχρεωτική. (Κ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ 1984, σελ. 62).

## 7.6. ΤΕΤΑΝΟΣ

Ο τέτανος είναι οξεία λοιμώδης νόσος, που προσβάλλει το Κ.Ν.Σ. και εκδηλώνεται με συχνές επώδυνες καθολικές συσπάσεις των σκελετικών μυών και γενικευμένη δυσκαμψία.

Οφείλεται στο κλωστηρίδιο του τετάνου, το οποίο είναι αναερόβιος μικροοργανισμός, θετικός κατά Gram και σχηματίζει σπόρους, οι οποίοι είναι πολύ ανθεκτικοί στο περιβάλλον. ο κλωστηρίδιο αποβάλλεται με τα κόπρανα των αλόγων και άλλων κατοικίδιων ζώων. Επίσης, σε αγροτικές περιοχές, σημαντικός αριθμός ατόμων αποβάλλει σπόρους. Μικροοργανισμοί βρίσκονται συνήθως στο χώμα, στη σκόνη του δρόμου και στα περιττώματα των ζώων. (Π. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ 1971, σελ. 155).

Το κλωστηρίδιο του τετάνου πολλαπλασιάζεται στο σημείο εισόδου, δεν κυκλοφορεί στο αίμα και παράγει ισχυρότατη εξωτοξίνη, την τετανοσπασμίνη, η οποία είναι νευρότροπος και στην οποία οφείλονται οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου. Η επίσης παραγόμενη τετανολυσίνη, δεν είναι παθογόνος για τον άνθρωπο.

**Κλινική εικόνα:** ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 1 ημέρα, μέχρι και μερικούς μήνες, συνήθως όμως είναι, 3-14 ημέρες.

Διακρίνονται τρεις κλινικές μορφές της νόσου:

1. τοπική,
2. γενικευμένη,
3. νεογνική.

Τα κύρια συμπτώματα είναι:

**Σπασμοί:** οι σπασμοί είναι χαρακτηριστικοί της νόσου. Πρώτοι προσβάλλονται οι μαβητήριοι μύες. Ο πάσχων, δίνει την εντύπωση ότι γελά (σαρδώνειος γέλος). Στη συνέχεια προσβάλλονται και άλλες μυϊκές ομάδες και προκαλούν χαρακτηριστικές εικόνες: π.χ. σπασμός φαρυγγικών μυών, προκαλεί δυσφαγία.

**Υψηλή θερμοκρασία:** ο πυρετός είναι συνεχής σε όλη τη διάρκεια της νόσου, ενώ προθανάτια ανεβαίνει σε επίπεδα 42-43°C, όπου παραμένει για πολλές ώρες μετά το θάνατο.

**Πλήρης πνευματική διαύγεια,** που δεν επηρεάζεται, ούτε στα τελικά προθανάτια στάδια. Ο θάνατος, εφόσον η θεραπευτική αγωγή αποτύχει, επέρχεται σε 2 με 10 μέρες και οφείλεται σε αναπνευστική ή κυκλοφοριακή ανεπάρκεια.

**Προφύλαξη:** η προφύλαξη από τον τέτανο, επιτυγχάνεται με την ενεργητική ή παθητική ανοσοποίηση και με τον χειρουργικό καθαρισμό των τραυμάτων.

α) Η ενεργητική ανοσοποίηση (εμβολιασμός), επιτυγχάνεται με την ένεση τετανικής ανατοξίνης, κατά ποικίλα σχήματα.

β) Η παθητική ανοσοποίηση, γίνεται με ένεση 1.500 - 3.000 Διεθνών Μονάδων τετανικής αντιτοξίνης (αντιτετανικού ορού), σε κάθε άτομο που υπέστη ύποπτο τραυματισμό για μόλυνση με τετανικό βακτηρίδιο.

γ) Ο χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος, είναι το απαραίτητο συμπλήρωμα της προφύλαξης. Διενεργείται όσο το δυνατό γρηγορότερα, ύστερα από παρεντερική χορήγηση και τοπική διήθηση της περιοχής του τραύματος, με αντιτετανικό ορό. (Silver 1994, σελ. 558).

**Θεραπεία:** η θεραπεία γίνεται πάντα στο νοσοκομείο και αποσκοπεί:

Στην εξουδετέρωση της κυκλοφορούσης - εξωτοξίνης, με τη χορήγηση τετανικής ανοσοσφαιρίνης, ανθρώπινου τύπου.

Στην καταπολέμηση του κλωστηριδίου με χειρουργικό καθαρισμό του τραύματος και χορήγηση μεγάλων δόσεων πενικιλίνης ενδοφλεβίως και

Στην αντιμετώπιση των κρίσεων των σπασμών με χορήγηση κατευναστικών και μυοχαλαρωτικών, καθώς και στην εξασφάλιση απόλυτης ησυχίας στον ασθενή.

#### Ανοσία:

Ο τέτανος δεν καταλείπει μόνιμη ανοσία, γι'αυτό μετά την ανάρρωση επιβάλλεται ο εμβολισμός. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 188).

## 7.7. ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ

Οφείλεται στη σαλμονέλλα του τυφοειδούς. Κύρια αντιγόνα αυτής, είναι το βλεφαριδικό (H), το σωματικό (O) και το καψικό (vi). Παράγει ενδοτοξίνη στην οποία οφείλονται τόσο οι κλινικές εκδηλώσεις, όσο και οι ιστολογικές.

Η νόσος εμφανίζεται ενδημικά ή κατά επιδημίες, ιδιαίτερα σε περιοχές, όπου οι συνθήκες υγιεινής δεν είναι καλές. Πηγή μόλυνσης αποτελούν οι πάσχοντες και οι υγιείς μικροβιοφορείς, οι οποίοι αποβάλλουν και διασπείρουν τα μικρόβια στο περιβάλλον, κυρίως με τα κόπρανα και λιγότερο με τα ούρα. Η νόσος μεταδίδεται με μολυσμένα τρόφιμα (γάλα, άβραστα χόρτα, θαλασσινά) και με το νερό (μόλυνση φρεάτων, υδραγωγείων).

Οι σαλμονέλλες μετά την είσοδό τους στον εντερικό σωλήνα, διαπερνούν το βλενογόνο του εντέρου, παραλαμβάνονται από φαγοκύτταρα και στη συνέχεια μεταφέρονται στους λεμφαδένες και στο ενδοθηλιακό σύστημα άλλων οργάνων, όπως του ήπατος και του σπλήνα. Ακολουθώς πολλαπλασιάζονται, εισέρχονται στην κυκλοφορία και προκαλούν παρατεταμένη μικροβαιμία, οπότε εμφανίζονται και οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου. Στις χοληφόρους οδούς, η σαλμονέλλα πολλαπλασιάζεται και αποβάλλεται με τη χολή στο έντερο.

Κλινική εικόνα: ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 5 μέχρι 40 ημέρες, συνήθως όμως είναι 10-20 ημέρες. Στα παιδιά ηλικίας 2 ετών και άνω, η κλινική εικόνα είναι όμοια με την κλινική εικόνα του τυφοειδούς πυρετού των ενηλίκων, αλλά έχει ηπιότερη διαδρομή. Η εισβολή μερικές φορές είναι ήπια, ενώ άλλοτε είναι απότομη και συνοδεύεται από υψηλό πυρετό. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις, εκδηλώνεται με μέτριο πυρετό, ανορεξία, κεφαλαλγία, βήχα και αίσθημα γενικευμένης κακουχίας, υποδυόμενη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, διαρροϊκές κενώσεις ή δυσκοιλιότητα. Το στάδιο αυτό διαρκεί 3-7 ημέρες και ακολουθεί το στάδιο ακμής της νόσου. Στο στάδιο αυτό ο

πυρετός ανέρχεται σε υψηλά επίπεδα (39°C - 40°C) και παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις. Διάρροια παρουσιάζεται στο 50% των περιπτώσεων περίπου και χαρακτηρίζεται από κόπρανα υδαρή με μεγάλη πρόσμιξη βλέννης.

Υπάρχει έντονος μετεωρισμός της κοιλιάς, η γλώσσα είναι ξηρή και καλύπτεται από λευκωπό επίχρισμα. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας εμφανίζεται διόγκωση του σπλήνα που παραμένει σε όλη τη διάρκεια της νόσου. Στην περίοδο αυτή εμφανίζεται εμβολικό εξάνθημα, η τυφική ροδάνθη, που αποτελείται από αραιές κηλίδες διαμέτρου 25mm, εντοπίζεται δε κυρίως στην κοιλιά και εξαφανίζεται μετά από 2-3 ημέρες. Κατά την περίοδο αυτή, η κατάσταση του παιδιού επιβαρύνεται, υπάρχει έντονη ανορεξία, απώλεια βάρους μεγάλη καταβολή δυνάμεων, θόλωση διάνοιας και λήθαργος. Ο σφυγμός είναι δυσανάλογα βραδύς σε σχέση με την υψηλή θερμοκρασία. Τούτο όμως παρατηρείται λιγότερο συχνά στα παιδιά σε σύγκριση με τους ενήλικες. Η βαριά αυτή κλινική εικόνα διαρκεί εφόσον δεν εφαρμοστεί έγκαιρα θεραπεία 2-4 εβδομάδες και η ανάρρωση είναι βραδεία. Στο 10% των περιπτώσεων είναι δυνατό να παρατηρηθεί υποτροπή. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 101).

Στα νεογνά και στα βρέφη, η λοίμωξη εκδηλώνεται με την εικόνα σηψαιμίας. Στην περίπτωση νόσησης της εγκύου, είναι δυνατό το έμβρυο να μολυνθεί διαμέσου του πλακούντα και να γεννηθεί πρόωρο, νεκρό ή πάσχον.

Η κλινική εικόνα του τυφοειδούς πυρετού στο νεογέννητο χαρακτηρίζεται από ίκτερο, σπληνομεγαλία, διάρροιες και σπασμούς.

Η επίκτητη λοίμωξη στο νεογέννητο εκδηλώνεται με μέτρια γαστρεντερίτιδα ή με εικόνα βαριάς σηψαιμίας. Τα κύρια συμπτώματα είναι η διάρροια, έμετος, ο μετεωρισμός της κοιλιάς, ο υψηλός και ακανόνιστος πυρετός, μπορεί όμως να παρατηρηθεί και δυσκοιλιότητα. Τέλος παρατηρείται διόγκωση του σπληνός και σε μερικές περιπτώσεις και τυφική ροδάνθη.

Επιπλοκές: οι επιπλοκές του τυφοειδούς σήμερα είναι σπάνιες. Διάτρηση του εντέρου παρατηρείται σε συχνότητα 0,5 - 3% και εντερική αιμορραγία σε 1-10%. Άλλες, πιο σπάνιες, επιπλοκές είναι η χολοκυστίτιδα, η πυελονεφρίτιδα, η ενδοκαρδίτιδα, η μηνιγγίτιδα και η οστεομυελίτιδα. Η τελευταία παρατηρείται σε παιδιά με δρεπανοκυτταρική αναιμία. (Silver 1994, σελ. 300, 507-509).

**Θεραπεία:** χορηγείται αμοξυκιλλίνη σε δόση 100mg/kg ΒΣ το 24ώρο, για 2 εβδομάδες. Επίσης, ικανοποιητικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με τη χορήγηση αμπικιλίνης, κοτριμοζαζόλης ή χλωραμφαινικόλης. Σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθούν και κορτικοστεροειδή.

**Μέτρα ελέγχου στο σχολείο:** απομάκρυνση του κρούσματος και θεραπεία. Απολύμανση χεριών και αντικειμένων των ασθενών, καθώς και απομάκρυνση των κοπράνων τους. Έλεγχος του τοπικού συστήματος ύδρευσης του σχολείου και χλωρίωση του νερού. Έλεγχος τροφίμων στην καντίνα του σχολείου. Στις αγροτικές περιοχές συστάσεις στους γονείς για σωστό βράσιμο του γάλακτος. Απολύμανση των αποχωρητηρίων του σχολείου. Δεν χρειάζεται κλείσιμο του σχολείου. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 133).

## 7.8. ΜΕΛΙΤΑΙΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ



Οφείλεται στην βρουκέλλα του μελιταίου.

Ο μελιταίος, ο οποίος καλείται κυματοειδής πυρετός ή πυρετός της Μεσογείου, μεταδίδεται στον άνθρωπο, όταν πιεί άβραστο ή μη παστεριωμένο γάλα ζώων που έχουν μολυνθεί, ή όταν φάει γαλακτοκομικά προϊόντα (βούτυρο, τυρί), όπου οι βρουκέλλες είναι πολύ ανθεκτικές και διατηρούνται για μακρύ χρονικό διάστημα.

Επίσης μεταδίδεται με την άμεση επαφή, όταν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος ή των βλενογόννων. Σημαντικό ρόλο στη μετάδοση παίζουν οι υγιείς μικροβιοφορείς, άνθρωποι ή ζώα, γιατί τα βακτηρίδια του μελιταίου απεκκρίνονται με τα ούρα και τα κόπρανα. Η μετάδοση μπορεί να γίνει και με τον θηλασμό, γιατί τα βακτηρίδια απεκκρίνονται και με το γάλα. Στην Ελλάδα ενδημεί στη Θεσσαλία, Μαγνησία και Δ. Μακεδονία.

Κλινική εικόνα: ο χρόνος επώασης είναι 1-2 εβδομάδες, μπορεί όμως να φθάσει και τον ένα μήνα, οπότε ακολουθεί βαθμιαία άνοδος της θερμοκρασίας για 4-7 ημέρες, συνοδευόμενη από αίσθημα κακουχίας, ανορεξίας, καταβολής δυνάμεων, αυπνίας, κεφαλαγίας και μυαλγίας.

Κατά την περίοδο της εισβολής παρατηρείται διόγκωση σπληνός, δυσκοιλιότητα και γλώσσα επίχρηστη. Η πορεία του πυρετού χαρακτηρίζεται από πυρετικά κύματα (κυματοειδής). Είναι δυνατό να παρατηρηθούν αλληλοδιάδοχα πυρετικά κύματα, τα οποία παρατείνουν τη νόσο για μήνες ή για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους.

**Επιπλοκές:** σπονδιλίτιδα, σπονδυλοαρθρίτιδα, αποστήματα οστών.

**Θεραπεία:** χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά, σε βαριές δε περιπτώσεις κορτιζόνη. Συννίσταται κατάκλιση που πρέπει να τηρείται με αυστηρότητα για τυχόν επιπλοκές της σπονδυλικής στήλης. Επίσης έκταση των κάτω άκρων. Επειδή ο άρρωστος θα χρειαστεί να μείνει για μακρύ χρονικό διάστημα στο

κρεβάτι, χρειάζεται ψυχολογική ενθάρυνση και αναπτέρωση του ηθικού. Η χρήση εμβολίων κατά την περίοδο της ανάρρωσης πρέπει να αποφεύγεται. (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988, σελ. 109).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΥΚΗΤΕΣ Ή ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΙΣ

### 8.1. ΕΡΥΘΡΑΣΜΑ

Το ερύθρασμα είναι δερμομυκητίαση που εντοπίζεται κύρια σε φυσιολογικές πτυχές όπως, στις μηρογεννητικές, στις μασχάλες ή κάτω απ' τους μαστούς. Διακρίνεται εύκολα απ' το παράτριμμα (κοινά σύγκαμμα) απ' το ότι, το τελευταίο, ενώ κι αυτό αφορίζεται με σαφήνεια, επικαλύπτεται σαν τα φύλλα βιβλίου, που συμπέφτουν απόλυτα οι περιοχές που βρίσκονται στην μια και στην άλλη μεριά.

Θεραπευτικά, έχουμε άριστα αποτελέσματα με το συνδυασμό αντιμυκητιασικών με αντιβιοτικά ή και κορτικοστεροειδή.

### 8.2. ΠΥΤΙΡΙΑΣΗ

Η πυτιρίαση είναι δερμομυκητίαση που οφείλεται στον μύκητα *malassozia furfur* και που χαρακτηρίζεται από περιοχές του δέρματος ροδόχρωμες, αχρωματικές ή και μικρολεπιδώδεις. Εκτείνεται σε πλάκες στις ανώτερες μοίρες της ράχης και του στήθους και μια απ' τις μορφές της ονομάζεται ποικιλόχροη, επειδή εμφανίζει ποικιλοχρωμία στο εξάνθημά της.

**Θεραπευτικά :** Αλκοολικό διάλυμα ιωδίου 1% και αντιμυκητιασικά (Tinaderm, Daktarin, Ketoconazole) (Κ. ΤΣΟΧΑΣ 1988 σελ. 313).

## ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η κύρια αποστολή του γιατρού, όταν πρόκειται για πάσχοντα με λοιμώδες νόσημα, δεν περιορίζεται μόνο στη διάγνωση και θεραπεία του ατόμου, αλλά και στην προφύλαξη του γύρω περιβάλλοντος, εφόσον βέβαια η νόσος είναι μεταδοτική.

Σύμφωνα με αυτόν, όταν τίθεται υποψία επιδημικών νόσων, όπως πανώλης, ευλογιάς κ.λ.π., ο γιατρός είναι αρμόδιος και έχει υποχρέωση να δηλώσει, και μάλιστα όσο το δυνατό γρηγορότερα, τη νόσο στο οικείο Υγειονομικό κέντρο και να προβεί στην απομόνωση του συγκεκριμένου ασθενούς.

Σε περίπτωση όμως νόσων, όπως η γρίπη και η επιδημική παρωτίτιδα, ακόμη και ύστερα από ασφαλή διάγνωση, δεν είναι αναγκαία η δήλωση, αφού κάθε μέτρο για την περιστολή τους, δεν φέρνει αποτέλεσμα. (Π. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ 1971 σελ. 23).

**Όσον αφορά τη θεραπεία των λοιμωδών νόσων, πρέπει να τηρούνται ορισμένοι κανόνες:**

1. Πρώτο λοιπόν και στοιχειώδες μέτρο, είναι η τοποθέτηση του ασθενούς σε καθαρή, αναπαυτική και θερμή κλίνη. Η σωματική ηρεμία για κάθε ασθενή με πυρετό, αποτελεί αναγκαίο προσόν.

2. Η περίθαλψη του συνίσταται στη συχνή αλλαγή των σεντονιών και των λευχειμάτων με καθαρά, την αποφυγή πτυχώσεων τους εξαιτίας των οποίων προέρχονται κατακλίσεις. Η χρησιμοποίηση ελαστικών κυκλικών αεροθαλάμων, για την προφύλαξη του κόκυγα και της οσφυϊκής χώρας. Η συχνή καθαριότητα του σώματος, όπως επίσης και η συχνή αλλαγή θέσης του ασθενούς, αποτελούν βασικά προφυλακτικά μέτρα. (Ε. ΑΘΑΝΑΤΟΥ 1996, σελ. 89).

3. Πέρα όμως από την καθαριότητα του σώματος, χρειάζεται να γίνεται το ίδιο και στην κοιλότητα του στόματος. Απαραίτητος συντελεστής για την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας, είναι η πλήση με αραιά διαλύματα αντισηπτικών φαρμάκων και η καλή μάσηση των τροφών, διότι τα υπολείμματα της τροφής αποσυντίθενται και δημιουργούν υλικό για την ανάπτυξη διάφορων μικροοργανισμών. (ο.π. σελ. 68).

4. Η κάλυψη του πυρέσσοντος με πολλά και βαριά κλινοσκεπάσματα, πρέπει να αποφεύγεται, γιατί παρεμποδίζεται η αποβολή της θερμότητας και προκαλεί στάση αυτής. Το δωμάτιο πρέπει επίσης να αερίζεται και να θερμαίνεται μετρίως, όπως επίσης και να υπάρχει ύγρανση του περιβάλλοντος. (Μ. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ 1995, σελ. 29).

5. Μεγάλη ανύψωση της θερμοκρασίας, αντιμετωπίζεται με ψυχρά επιθέματα και περιτυλίξεις, ή σε ανάγκη, με χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Η χρήση τους μπορεί να αποβεί επιζήμια, γιατί είναι δυνατό να προκαλέσουν απότομη πτώση της θερμοκρασίας, εφίδρωση, κατάπτωση και κόπωση του κυκλοφοριακού συστήματος. Επί εμμέτων χορηγείται χλωροπρομαζίνη. (ο.π. σελ. 216 κε).

6. Η διατροφή του ασθενούς με υψηλό πυρετό, πρέπει να περιλαμβάνει υγρά εύπεπτα, όπως και θρεπτικά φαγητά, για να προλαμβάνεται η εξάντληση του οργανισμού του, η οποία μειώνει την ικανότητά του για αντίσταση. (ο.π. σελ. 84).

7. Το ισοζύγιο των υγρών πρέπει να διατηρείται σταθερό με μέτρηση των αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών.

8. Σε περίπτωση εμμέτων ή όταν ο ασθενής έχει πέσει σε λήθαργο παρεμποδίζεται η λήψη τροφών και υγρών, γι' αυτό επιβάλλεται η χορήγηση των απαραίτητων συστατικών με I.V. έγχυση.

9. Η ειδική θεραπεία των λοιμωδών νόσων δεν περιορίζεται μόνο στη χρήση των χημιοθεραπευτικών και αντιβιοτικών φαρμάκων, αλλά και στην παροχή αντισωμάτων στρεφόμενων είτε εναντίον των λοιμωδών παραγόντων, είτε εναντίον των τοξινών τους. (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ 1998, σελ. 46).

10. Η ανοσοποίηση του οργανισμού μπορεί να γίνει είτε παθητική με την εισαγωγή ετοίμων αντισωμάτων στν οργανισμό, είτε ενεργητική, με την εισαγωγή εξασθενημένων και νεκρών λοιμωδών παραγόντων ή τοξινών τους στον ανθρώπινο οργανισμό. (Silver 1994, σελ. 275).

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η νοσηλεία ενός παιδιού με λοιμώδες νόσημα στηρίζεται στην τεχνική της απομόνωσης. Κατά τον χρόνο μετάδοσης του λοιμώδους παράγοντα, το παιδί πρέπει να βρίσκεται υπο περιορισμό, έτσι ώστε να παρεμποδίζεται η εξάπλωση του λοιμώδους νοσήματος.

Για τη σωστή νοσηλευτική φροντίδα ενός τέτοιου ασθενή πρέπει:

α) ο χώρος που περιορίζεται το άτομο να πληρεί ορισμένους όρους (θάλαμο, προθάλαμο, νιπτήρα, ντουλάπια, κ.λ.π.) και

β) τα άτομα που φροντίζουν τέτοιους ασθενείς να είναι εξειδικευμένα, έτσι ώστε να μην εκτείθενται σε κίνδυνο μόλυνσης ούτε τα ίδια, αλλά ούτε και το περιβάλλον γύρω τους. Τα υγειονομικά όργανα του κράτους είναι απαραίτητο να έχουν γνώσεις για κάθε μεταδοτικό νόσημα, σχετικά με το πότε είναι μεταδοτικό και πως μεταδίδεται, ποιός είναι ο χρόνος επώασης, ποιά τα συμπτώματα, ποιός ο τρόπος προφύλαξης κ.λ.π. (Ε. ΑΘΑΝΑΤΟΥ 1996, σελ. 148).

Επίσης, πρέπει να γνωρίζουν, ότι το μολυσμένο παιδί και ο χώρος μέσα στον οποίο παραμένει μόνο του ή με άλλα άτομα, που πάσχουν από το ίδιο νόσημα, δεν πρέπει να παραβιάζεται από υγιή άτομα, χωρίς μάλιστα προφυλακτικά μέτρα. (ο.π. σελ. 153).

Είναι απαραίτητο κάθε υγιές άτομο να φορά ειδική μπλούζα και μάσκα για την προφύλαξή του, από το λοιμώδες νόσημα. Τα εκκρίματα και απεκκρίματα του ασθενούς, που αποτελούν, όπως είναι γνωστό, σημαντικό μέσο μετάδοσης της νόσου, πρέπει να απομακρύνονται με ασφαλείς μεθόδους, για μείωση του κινδύνου της διασποράς της λοιμώδους παθήσεως. (ο.π. σελ. 155).

Γενικά ο χώρος (δάπεδο, τοίχοι κ.λ.π.), όπως και τα προσωπικά αντικείμενα που χρησιμοποίησε το παιδί ή τα αντικείμενα του χώρου του Νοσοκομείου, πρέπει να απολυμαίνονται και να αποστειρώνονται (βρασμοί - κλίβανος), προκειμένου να επιτευχθεί με τον τρόπο αυτό, ο απώτερος σκοπός μας, που είναι ο περιορισμός και η πρόληψη της μετάδοσης των λοιμωδών νόσων. (ο.π. σελ. 156).

Κατά την περίοδο της ανάρρωσης επίσης του πάσχοντος, είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη ορισμένα προφυλακτικά μέτρα. Τα άτομα που συναναστρέφονται με πρόσωπα μολυσμένα από κάποιο μεταδοτικό νόσημα πρέπει να είναι:

- α) υγιή
- β) να μην πάσχουν από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος και
- γ) να είναι εμβολιασμένα έναντι των συχνότερων μεταδοτικών νοσημάτων της χώρας τους. (Π. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ σελ. 17-19).

Τα κοινά χαρακτηριστικά με τα οποία εμφανίζονται τα λοιμώδη νοσήματα είναι:

- α) υψηλός πυρετός
- β) γενική κακουχία και ανορεξία και
- γ) εξάνθημα. (Γ. ΑΡΑΠΑΚΗΣ 1968, σελ. 18).

Σε κάθε ένα από τα παραπάνω χαρακτηριστικά ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να φροντίσει τον ασθενή με τρόπο αυθεντικό. Με την ενυδάτωση του αρρώστου, η οποία επιτυγχάνεται με την χορήγηση υγρών παρεντερικώς και από το στόμα, με δροσερό λουτρό, ψυχρές περιτυλίξεις, ψυχρό υποκλισμό ή και αντιπυρετικά φάρμακα, ο νοσηλευτής μπορεί να αντιμετωπίσει τον υψηλό πυρετό. Η γενική κακουχία, η οποία επιδεινώνεται με την αύξηση της θερμοκρασίας, συνοδεύεται από ανορεξία, γι' αυτό πρέπει να επαναφέρουμε την



όρεξη του παιδιού, προσφέροντάς του εύπεπτες τροφές, όπως γάλα, χυμούς φρούτων κ.λ.π.

Τέλος, όταν το παιδί εμφανιστεί το εξάνθημα, πρέπει να το εμποδίσουμε να το τρίβει και να του κάνουμε γνωστό, πως η καθαριότητα του σημείου εκείνου του δέρματος που έχει καλυφθεί από το εξάνθημα είναι πολύ σημαντική. Επίσης το εξάνθημα πρέπει να καθαρίζεται και να χρησιμοποιούνται αντισταμινικά φάρμακα για να καταπραΰνεται ο κνησμός. (Μ. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, 1995, σελ. 178).

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

Σκοπός της είναι να βοηθήσει το σχολικό πληθυσμό στην απόκτηση υγιεινής συνείδησης, η οποία θα οδηγεί σε υγιεινό τρόπο ζωής και σε προαγωγή της υγείας. Επίσης είναι μία εύκολη μέθοδος υγιεινών συνηθειών και τρόπου ζωής στο σπίτι και στο γύρω περιβάλλον.

Όλα τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, όπως ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ, ΟΓΑ κ.λ.π. κάνουν νοσηλευτική υγειονομική διαφώτιση, είτε με το γραπτό και προφορικό λόγο, είτε με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ραδιόφωνο, τηλεόραση κ.λ.π.). (Ε. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ 1995, σελ. 251).

## 111. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο νοσηλευτής με τα προφυλακτικά μέτρα που λαμβάνει, αποβλέπει στο να εξασφαλίσει καλύτερη υγεία και φυσιολογική ανάπτυξη στα παιδιά του σχολείου ηλικίας 6-13 ετών.

Αυτό επιτυγχάνεται με την προφύλαξη από τις διάφορες ασθένειες και με την αξιολόγηση της υγείας των μαθητών.

Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να γίνεται:

Περιοδική εξέταση των μαθητών.

Η εξέταση να γίνεται όχι μόνο πριν αλλά και κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους στο σχολείο. Ο νοσηλευτής λοιπόν, επεμβαίνει για την κατά περιόδους Ιατρική παρακολούθησή τους, με την οποία μπορεί να γίνει έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και καταπολέμησή της.

Ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον γιατρό κατά την διάρκεια της εξέτασης και βοηθούμενος από τα δελτία υγείας του μαθητού, μπορεί να οργανώσει ένα πρόγραμμα υγείας του ιδίου. Οι πληροφορίες που περιέχονται σε αυτά, είναι

αξιόλογες για τα υγειονομικά όργανα και βοηθούν στο να κατευθύνονται οι ενέργειές τους, προς το συμφέρον του μαθητή. (ο.π. σελ. 252).

Η επέκταση των εξετάσεων στο προσωπικό του σχολείου, επιτρέπει να αποφευχθεί η μετάδοση των νοσημάτων στα παιδιά. Επίσης πηγή πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας των μαθητών, αποτελεί ο δάσκαλος, ο οποίος έρχεται σε καθημερινή επαφή με τα παιδιά, καθώς επίσης και το απουσιολόγιο της τάξης. Ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να επιδιώκει ξέχωρη συνάντηση με κάθε μαθητή, έτσι ώστε να γνωρίζει τα προβλήματα, που σχετίζονται με κάθε μαθητή, και στη συνέχεια τα προβλήματα που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του. Πρέπει να τον συμβουλεύει και να του συμπαραστέκεται στην προσπάθεια για απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής. (ο.π. σελ. 254).

Σε περίπτωση ασθενείας του στο χώρο του σχολείου, ο νοσηλευτής προΐσταται στο να ειδοποιήσει την οικογένειά του και να τον μεταφέρει στο σπίτι του ή σε ένα κέντρο υγείας. Σε περίπτωση λοιμώδους παθήσεως ο νοσηλευτής πρέπει να θέσει το παιδί σε περιορισμό και όσο το δυνατό συντομότερα εκτός του σχολικού χώρου. (Π. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ 1970, σελ. 390).

Τέλος, η βασικότερη ασχολία του, που πρέπει να εκτελείται με μεγάλη υπευθυνότητα και λεπτομέρεια, είναι η συμπλήρωση του δελτίου του μαθητή και κατόπιν έρευνα μαζί με τον υγειονολόγο γιατρό, για την διαπίστωση κρουσμάτων λοιμωδών νοσημάτων, καθώς και για τη λήψη μέτρων αντιμετώπισής τους. Η ενημέρωση της οικογενείας για την αξία των προφυλακτικών εμβολιασμών, καθώς και η εκτέλεσή τους, σε συνεργασία με το γιατρό, βοηθά στη μείωση των κινδύνων μετάδοσης και στην παιρετέρω συνέχιση της καλής υγείας του κοινωνικού συνόλου. (ο.π. σελ. 387).

## 11.2 . ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΜΑΘΗΤΩΝ

Είναι ένας τρόπος, με τον οποίο αποκτούν οι μαθητές πρακτικές γνώσεις γύρω από την ατομική υγιεινή, την υγιεινή διατροφή κ.λ.π. και γίνονται γνώστες των κινδύνων, αλλά και των τρόπων προφύλαξης από τα λοιμώδη νοσήματα.

Τα κρατικά υγειονομικά όργανα νοσηλευτές - υγεινολόγοι) πρέπει να οργανώνουν ομιλίες και συζητήσεις με θέματα:

- ποια είναι η φύση των μολυσματικών ασθενειών,
- ποιός ο τρόπος μετάδοσής τους,
- αναφορά σε μερικές από τις ασθένειες αυτές,
- πως είναι δυνατό να γίνει πρόληψη της διασποράς τους,
- ποιά εμβόλια διατίθενται σήμερα για την πρόληψη των λοιμωδών,
- ποιές οι ευθύνες μαθητών, δασκάλων, νοσηλευτών έναντι της σχολικής υγιεινής.

Η ανάγνωση λοιπόν άρθρων και αναφορών από εφημερίδες και περιοδικά, που αφορούν τις μεταδοτικές νόσους, καθώς και η εκτενέστερη αναφορά σε μερικές από αυτές (γρίπη, παρωτίτιδα κ.λ.π.), βοηθούν στην ανάπτυξη της υγιεινής συνείδησης των μαθητών.

Πέρα όμως από τις διοργανωτικές αυτές προσπάθειες, η περιστασιακή διδασκαλία, που μπορεί να γίνει μέσα στην τάξη, πάνω σε θέματα υγείας, από τον δάσκαλο ή τον νοσηλευτή, επιφέρουν θετικά αποτελέσματα. (Ε. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ 1995, σελ. 263).

### 11.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

Πέρα από την υγειονομική διαπαιδαγώγηση, που θεωρείται απαραίτητη για τα παιδιά, το ίδιο πρέπει να γίνεται για τους γονείς των παιδιών, καθώς και το διδακτικό προσωπικό.

Ο νοσηλευτής μπορεί, αν το θέλει, να διοργανώσει ομιλίες εντός του σχολικού χώρου για τους δασκάλους και τους γονείς και παράλληλα να τους πληροφορήσει για την υγεία των παιδιών τους. Αυτές οι ομιλίες μπορούν να πάρουν και χαρακτήρα γιορτής, στην οποία θα συμμετέχουν τα παιδιά με ποιήματα και σκετσ, που θα αναφέρονται σε θέματα υγείας. (Ε. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ, 1995, σελ. 259).

Πρωταρχικό επίσης ρόλο, στα καθήκοντα του νοσηλευτή παίζει και η διαπαιδαγώγηση της μητέρας, η οποία στη συνέχεια θα επενδύσει επάνω στα παιδιά της, μαθαίνοντάς τα να ζουν υγιεινά (διατροφή), να αγαπούν την καθαριότητα (σώματος, δοντιών κ.λ.π.) και γενικότερα να οδηγηθούν στην απόκτηση καλών - υγιεινών συνηθειών. Ο νοσηλευτής πάλι, είναι το κατάλληλο πρόσωπο, στο να υπενθυμίζει στους γονείς των μαθητών τη μεγάλη αξία των εμβολίων, στον περιορισμό της μετάδοσης των λοιμωδών νόσων, όπως επίσης τονίζει και τη βοήθεια που προσφέρει στον τομέα αυτό, η συχνή ιατρική παρακολούθηση. (ο.π. σελ. 220 κ.ε.).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

### Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η θέση του νοσηλευτή στα λοιμώδη νοσήματα, αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί γνωρίζουμε, ότι είναι στο χέρι του να συμβάλλει στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του κοινωνικού συνόλου, αφού εκείνος είναι που θα δώσει τα κίνητρα για καλύτερες συνθήκες ζωής στο σχολικό πληθυσμό, ο οποίος αποτελεί και το μελλοντικό πληθυσμό κάθε χώρας, ο νοσηλευτής λοιπόν, θα πρέπει να διαθέτει γνώσεις που θα τον καταστήσουν ικανό να παραμείνει ενήμερος, όσον αφορά τις νέες μεθόδους ελέγχου της διασποράς των λοιμωδών νοσημάτων. Πρέπει δε, να χρησιμοποιεί τις γνώσεις του για τον έλεγχο αυτό, να εκτιμά αν και κατά πόσο αποδίδουν και είναι αποτελεσματικά τα εφαρμοζόμενα μέτρα και να αποδέχεται αλλαγές στον τρόπο παροχής, φροντίδας και προστασίας από τα λοιμώδη νοσήματα.

Ο νοσηλευτής είναι πίσης υπεύθυνος στην αποκάλυψη περιπτώσεων εμφάνισης λοιμωδών, στη λήψη μέρους στο πρόγραμμα της περιοχής, προκειμένου να βοηθήσει στην προσπάθεια προστασίας από τα λοιμώδη.

Η ενημέρωση του κοινού για τα λοιμώδη γενικά και η αναφορά της στην αξία των εμβολίων για την καταπολέμησή τους, πρέπει να αποκτά ιδιαίτερη σημασία για αυτόν. Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τα τυπικά χαρακτηριστικά και την πορεία κάθε λοιμώδους νοσήματος, όπως επίσης απαραίτητο είναι να γνωρίζει και να τονίζει στο περιβάλλον του τα ενδεικνυόμενα κάθε φορά, μέτρα προφύλαξης, τα οποία επείγει να τηρηθούν από τον ίδιο και το γύρω από αυτόν περιβάλλον, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

### Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η σωστή διαφώτιση, η λήψη των κατάλληλων προφυλακτικών μέτρων και η οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών με εκπαιδευμένο προσωπικό, θα συντελέσει αποτελεσματικά στην καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων και στην ανύψωση του επιπέδου ζωής του πληθυσμού.

Εμείς σαν πρόσωπα του νοσηλευτικού προσωπικού, έχουμε υποχρέωση να διδάσκουμε στα άτομα υγιεινό τρόπο και συνήθειες ζωής, τέτοιες που να προωθούν τη χώρα μας. Μία συνολική λοιπόν προσπάθεια από την πλευρά της πολιτείας, από εμάς, σαν υγειονομικά όργανα του κράτους και φυσικά μαζί με την προσπάθεια του κοινού, για αποδοχή όλων όσων προτείνονται, θα αποδειχθεί καρποφόρα και θα σημειώσει σημαντικό σταθμό στον τομέα της υγείας.

- ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε. «Κλινική Νοσηλευτική» Έκδοση 6η Εκδόσεις Γ. Παπανικολάου Αθήνα 1996
- ΑΡΑΠΑΚΗΣ Γ. «Στοιχεία παθολογίας διά τας αδελφάς νοσοκόμους και επισκεπτρίας αδελφάς» Εκδόσεις Ι. Μακρής Αθήνα 1968
- ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ Π. «Μαθήματα Υγιεινής και επιδημιολογίας» Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός Αθήνα 1971
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ. «ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ» Εκδόσεις Μ. Γ. Παρισιανού Νέα Έκδοση Αθήνα 1984
- ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι. «Σημειώσεις Υγιεινής» Εκδόσεις ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ Πάτρα 1996
- ΚΑΒΑΖΑΡΑΚΗΣ Ι. «Χειρουργική» εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός Αθήνα 1988
- ΚΑΛΚΑΝΗ - ΜΠΟΥΣΙΑΚΟΥ Ε. «Στοιχεία Υγιεινής» Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ Αθήνα 1996
- ΚΑΛΚΑΝΗ - ΜΠΟΥΣΙΑΚΟΥ Ε. «Γενική Μικροβιολογία» Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ Αθήνα 1996
- ΚΑΤΣΑΝΙΩΤΗΣ Ν. «Παιδιατρική» Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός Αθήνα 1972
- ΚΟΥΝΗΣ Ν. «Σημειώσεις νοσολογίας» Εκδόσεις ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ Πάτρα 1997
- ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε. «Κοινοτική νοσηλευτική» Εκδόσεις Γ. Καφούρου Αθήνα 1995.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ. «Νοσηλευτική γενική - παθολογική - χειρουργική» Τόμος Α' Έκδοση 19η εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ Αθήνα 1995



- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ. «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική» Τόμος Β΄ Έκδοση 17η Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ Αθήνα 1995
- ΜΟΡΦΗΣ Ι. «Παιδιατρική» Εκδόσεις ΟΕΔΒ Αθήνα 1988
- ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ. - ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Δ. «Βασικές αρχές Παθοφυσιολογίας» Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1991
- ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. - ΦΑΡΜΑΚΗ Γ «Πρόληψη και έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων» Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1998
- ΠΛΕΣΣΑΣ Σ. - ΚΑΝΕΛΛΟΣ Ε. «Φυσιολογία του ανθρώπου 1» Εκδόσεις Φάρμακον-Τύπος Αθήνα 1994
- ΣΠΥΡΙΔΗΣ Π. - ΣΥΝΑΝΙΩΤΗΣ Κ. ΛΙΑΚΚΑΤΟΣ Δ. - ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Κ. «Επίτομη Παιδιατρική» Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1990
- ΡΟΥΚΑΣ Κ. «Δημόσια υγιεινή και προληπτική ιατρική II» εκδόσεις ΟΕΔΒ Αθήνα 1978.
- ΤΣΕΒΡΕΝΗΣ Ιπ. «Επίτομος κλινική Αιματολογία» 2η Έκδοση Εκδόσεις Ηλ. Κωνσταντάρα Αθήνα 1968
- ΤΣΟΧΑΣ Κ. «Νοσολογία Ι.» Β΄ έκδοση Εκδόσεις ΟΕΔΒ Αθήνα 1988

- «ΜΕΓΑΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ» εκδόσεις Εκδοτικός Οργανισμός «ΧΡΥΣΟΣ ΤΥΠΟΣ» Α.Ε. Αθήνα 1980.

#### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Silver, Kempe, Bruyn & Fulginitis «Συνοπτική Παιδιατρική» Μετάφραση ΕΛ. ΒΟΥΔΟΥΡΗΣ Έκδοση 16η Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός Αθήνα 1994.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## I

**ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:** A.K.  
**ΗΛΙΚΙΑ:** 9 ετών  
**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** 15-6-2000  
**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ:** 26-6-2000  
**ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Μηνιγγίτιδα

Προ 16 ωρών παρουσίασε κοιλιακό άλγος χωρίς να τα εντοπίζει, εμετούς αρχικά τροφώδεις και εν συνεχεία υδαρείς, κεφαλαλγία άλγος των κάτω άκρων και αδυναμία στο να σταθεί όρθια. Παρουσιάστηκε επίσης προς 8ώρου πυρετό 38° C.

**ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

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

Ζωτικά σημεία κατά την εισαγωγή: θερμοκρασία 37°C, Σφύξεις 102/min, Αναπνοές 30/min, βάρος ασθενούς 23 Kgr.

**ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ:**

Κατά την είσοδό του η ασθενής παρουσίασε τελική δυσκαμψία. Μετά 13 ώρες παρουσίασε σαφή δυσκαμψία. Αποφασίστηκε να γίνει οσφουονωτιαία 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 οσφουονωτιαία παρακέντηση και απεδείχθη και εργαστηριακώς η βελτίωση. Συνολικός χρόνος θεραπείας 10 ημέρες.

## II

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:**

Αιματοκρίτης : 39%  
 Λευκά αιμοσφαίρια : 11.500/ml  
 Πολυμορφοπύρηνα : 89%  
 Λεμφοκύτταρα : 9%  
 Αιμοπετάλια : κατά φύση  
 Κ : 3.9  
 Na : 13.3  
 Ουρία : 21  
 Ζάχαρο : 94

**ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ:**

Ε.β. : 1020  
 PH : 5.5  
 Κιτόνη : 7  
 Βλέννη : Ιχνη  
 Ro θώρακα αρνητική (-)

Mantoux αρνητική (-)

## III

Πρόβλημα του ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Äðóéáíøβά (ðáééêÞ éáé äáíéêÞ)</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από το σύμπτωμα της δυσκαμψίας και λύση του σπασμού.</p>	<p>Περιορισμός των παραγόντων που προκαλούν διέγερση της ασθενούς. Χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων για την λύση του σπασμού. Εξασφάλιση της κινητικότητας των διάφορων μυών του σώματος.</p>	<p>Περιορισμός</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Του θορύβου</li> <li>- Του έντονου φωτισμού.</li> <li>- Των απότομων και βίαιων κινήσεων</li> <li>- Προφύλαξη από απότομες αλλαγές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος.</li> </ul> <p>Χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων και επάλειψη τους πάνω στην πάσχουσα περιοχή.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Εφαρμογή θερμών επιθεμάτων πάνω στην περιοχή για την ανακούφιση της περιοχής και λύση του σπασμού.</li> </ul> <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>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εμετός	Ανακούφιση της ασθε-νούς από το δυσάρεστο αυτό φαινόμενο.	Χορήγηση φαρμάκων αντιεμετικών – γαστρο-κινητικών.  Πρόληψη τυχόν ηλεκτρολυτικών διαταραχών εξαιτίας των ακατάσχετων εμετών.	Χορήγηση Primoreperdy . Παρακολούθηση του Κ του αίματος για τυχόν πτώση του, επειδή με τον εμετό έχουμε απώλεια του. Αποφυγή λήψεως τροφής από το στόμα. - Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης της ασθενούς με ενδοφλέβια υγρά. Χορήγηση νατρίου και καλίου αναλόγως της ασθενούς, για αυτούς τους ηλεκτρολύτες. Με την λήξη του εμετού 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 μέτρια και συχνά γεύματα.	Ανακούφιση από τον εμετό
Κεφαλαλγία	Ανακούφιση της ασθενούς από το σύμπτωμα.	Εξασφάλιση επαρκούς ηρεμίας της ασθενούς και λήψη ανακουφιστικών μέτρων.	- Αποφυγή θορύβων. - Αποφυγή έντονου φωτισμού - Λήψη αναλγητικών σκευασμάτων - Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων στο κεφάλι	Ανακούφιση από την κεφαλαλγία.
Άλγος κοιλιάς και κάτω άκρων	Αντιμετώπιση του πό-νου και ανακούφιση από αυτόν.	Χορήγηση αναλγητικών σκευασμάτων προκειμένου να ανακουφιστεί από αυτόν.	- Εξέταση της ασθενούς από γιατρό - Στη συνέχεια χορήγηση	Μετά από μερικές

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΤΟΥ	Διερεύνηση τυχόν ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Πριν τη χορήγηση αυτών των ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ήπιων αναλγητικών ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ώρες είχαμε λήξη ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Διόγκωση των αμυγδαλών – ερυθρά παρισθμία		<p>άλλου προβλήματος.</p> <p>Ανακούφιση της ασθενούς από το συγκεκριμένο αίσημα</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (παρακεταμόλης και μεφαιναμικού οξέος deron και pronstan)</li> <li>- Ανύψωση των κάτω άκρων για την αποφυγή πιέσεων τους πάνω στο κρεβάτι και την πρόκληση δυσφορίας της ασθενούς.</li> <li>- Απαγόρευση της ασθενούς να βαδίζει.</li> </ul> <p>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 εμέσματα. Οι τροφές που παίρνει η ασθενής είναι υγρές η πολτοποιημένες ώστε να γίνονται εύκολα δεκτές από αυτήν. Απαγορεύονται οι σκληρές</p> <p>του κοιλιακού άλγους και μετά από μερικές μέρες (με τη συνέχιση της θεραπείας) λήξη του άλγους κάτω άκρων.</p> <p>Υποχώρηση της διόγκωσης και της ερυθρότητας της περιοχής και ανακούφιση της ασθενούς.</p>	



ΘΝΪΆΞΪΆ ΆΌΈΆΪΪΌ	ΌΪΌ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δδñãäüð	Μείωση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.	Διατήρηση της θερμοκρασίας χαμηλά σε φυσικά μέσα ή με φαρμακευτικά σκευάσματα. Χορήγηση θεραπευτικού σχήματος για τυχόν λοίμωξη της ασθενούς.	τροφές και η λήψη τροφών με σάλτσες ή καρυκεύματα. Τα <b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ</b>  ψάρια απαγορεύονται επίσης.  Διατήρηση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος σε χαμηλά επίπεδα . Χορήγηση άφθονων υγρών από το στόμα. Αποφυγή λήψεως δύσπεπτων τροφών. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων (κομπρέσες) Τοποθέτηση παγοκυστέων. Σε παρουσία ρήγους ή ασθενής σκεπάζεται με ελαφρά σκεπάσματα (π.χ. σεντόνι ή ελαφριά κουβέρτα). Χορήγηση παρακεταμόλης (Aprotel). Θεραπευτικό σχήμα με Penicillin Cloramphenicol Decadron	Εκτίμηση της θερμοκρασίας της ασθενούς και κάλυψή της από τυχόν λοιμώξεις.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ II****ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ** : Κ.Χ.**ΗΛΙΚΙΑ** : 40 ετών**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** : 14-10-2000**ΔΙΑΓΝΩΣΗ** : Ηπατίτιδα

Ο ασθενής αναφέρει στον ιατρό συμπτώματα που άρχισαν από τριημέρου και είναι :

- Γαστρεντερικές διαταραχές (εμετοί, ναυτία)
- Κόπωση
- Θερμοκρασία (37,8° C - 38,5° C)
- Το τελευταίο 24ωρο παρουσίασε κνιδωτικό εξάνθημα.
- Πόνος στην κοιλιακή χώρα.

Κατά την αντικειμενική εξέταση από τον εφημερεύοντα ιατρό διαπιστώθηκε ότι :

Ο ασθενής εμφανίζει ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων, καθώς και κνιδωτικό εξάνθημα. Επίσης, εμφανίζει ηπατομεγαλία επώδυνη, ενώ ο σπλήνας είναι φυσιολογικός.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς είναι :

Θ=38° C, ΑΠ = 130/70 mmHg, ΣΦ = 80/min

Ο εφημερεύων ιατρός αφού ολοκλήρωσε την εξέταση του ασθενούς και πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία για τις απαραίτητες βιοχημικές και ορολογικές εξετάσεις, γίνεται εισαγωγή του ασθενούς στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου στις 14/10/2000.

Ο ασθενής εισάγεται στην Παθολογική Κλινική με πιθανή διάγνωση «ηπατίτιδα», σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. Δίνονται σαφείς οδηγίες, ώστε να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής καθώς και για την αποφυγή μετάδοσης του ιού.

<b>Συμπτώματα</b>	<b>Νοσηλευτική αντιμετώπιση</b>	<b>Αιτιολογία</b>	<b>Αναμενόμενα αποτελέσματα</b>
Πυρετός μέχρι 39° C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση θερμοκρασίας του περιβάλλοντος.</li> <li>- Ενίσχυση λήψεως υγρών.</li> <li>- Χορήγηση εύπεπτων τροφών.</li> <li>- Αποφυγή εξωτερικών τριβών.</li> <li>- Χορήγηση αντιπυρετικών.</li> <li>- Συχνός έλεγχος θερμοκρασίας του σώματος.</li> <li>- Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων.</li> </ul>	<p>Ανακούφιση του αρρώστου από τον ψηλό πυρετό συνήθως με αντιπυρετικά.</p> <p>Ανακούφιση του ασθενούς από τη δυσφορία του ψηλού πυρετού.</p>	Ομαλή πτώση και όχι απότομη του πυρετού και της εφιδρώσεως προς αποφυγή μεγάλης καταβολής του ασθενή.
Βήχας ξηρός και επίμονος	Εισπνοές υδρατμών. Αν είναι επίμονος, ξηρός δίνουμε κατασταλτικά, εάν είναι παραγωγικός δεν τα χορηγούμε, γιατί ο βήχας είναι απαραίτητος για την αποβολή των εκκρίσεων από τον πνεύμονα που είναι μολυσμένος.	Ο βήχας οφείλεται στη βίαια έξοδο του κατά βαθείαν εισπνοή εισπνευθέντος στους πνεύμονες αέρας.	Ανακούφιση του ασθενούς από τον έντονο βήχα.
<b>Συμπτώματα</b>	<b>Νοσηλευτική αντιμετώπιση</b>	<b>Αιτιολογία</b>	<b>Αναμενόμενα αποτελέσματα</b>

<p>Άδύ-ἡαίως</p>	<p>- Τοποθετούμε στο κομοδίνο δίπλα στον άρρωστο πτυελοδοχείο με ισχυρό αντισηπτικό διάλυμα. Σε περιπτώσεις κακόσμου αποχρέμψεως τοποθετείται αποσηπτικό διάλυμα μέσα στο πτυελοδοχείο.</p>	<p>Εξέταση της αποχρέμψεως αν είναι βλεννοπυώδης, πυώδης ή ορρώδης. Η χροιά και η σύσταση αυτή μας βοηθά να διαγνώσουμε την μορφή της νόσου και από πού προέρχεται.</p>	<p>Η εξέταση της απόχρεμψης και η ανεύρεση αυτής εντός του βακίλλου του KOCH επισφραγίζει την διάγνωση της νήσου.</p>
<p>Απώλεια βάρους και αίσθημα κοπώσεως.</p>	<p>Παρακολούθηση διατροφής του αρρώστου. Ενίσχυση ασθενούς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. Παρακολούθηση συστηματική του βάρους του σώματος. Περιορισμός δραστηριοτήτων του ασθενούς.</p>	<p>Αποφυγή και άλλης απώλειας βάρους, γιατί έτσι μειώνεται και η αντίσταση του οργανισμού έναντι των μικροβίων.</p>	<p>Αύξηση βάρους του ασθενούς και ανάκτηση των δυνάμεών του.</p>

Συμπτώματα	Νοσηλευτική αντιμετώπιση	Αιτιολογία	Αναμενόμενα αποτελέσματα
.....	<p>Γνωρίζοντας όλα τα σχετικά με τη δύσπνοια, ο ασθενής απελευθερώνεται από συσφίξεις λευχειμάτων.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων. Ενημέρωση ιατρού για φαρμακευτική και γενικά για ιατρική βοήθεια.</p> <p>Πρέπει να σταματήσει το κάπνισμα.</p> <p>Συνεχής παρακολούθηση του προσδιορισμού των αερίων και ηλεκτρολυτών του ορού.</p>	<p>Ελλειπή οξυγόνωση του αίματος από τους πνεύμονες.</p> <p>Αυξάνει το βήχα.</p> <p>Ανίχνευση πρώιμων μεταβολών στην οξεοβασική ισορροπία και στην πορεία της νόσου.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς, ελάττωση της κυάνωσης.</p>
Συμπτώματα	Νοσηλευτική αντιμετώπιση	Αιτιολογία	Αναμενόμενα αποτελέσματα
Άγודίεά	<p>Χορήγηση O<sub>2</sub>. Διατήρηση θρέψεως και ενυδάτωσης, διατήρηση φυσιολογικής</p>	<p>Μηχανική απόφραξη της τραχείας, κάποιου βρόγχου του</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς και καλή διεξαγωγή της αναπνευστικής</p>

<p>ΔιήθηΎοάεϊò</p>	<p>κενώσεως του εντέρου, διατήρηση ισορροπίας μεταξύ αναπαύσεως και δραστηριότητας.</p> <p>Του δόθηκε 1 TABL DEPON (αναλγητικό).</p>	<p>αναπνευστικού παρεγχύματος.</p> <p>Για ν' ανακουφιστεί από τον πονοκέφαλο.</p>	<p>λειτουργίας.</p> <p>Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.</p>
--------------------	--	---	---

Jenner

εμβόλια

Η προαγωγή της υγείας

Pasteur

⇒

μικροβιολογία

Coch

αντιμετώπιση λοιμώξεων

τοπικές

Λοιμώξεις :

Ο οργανισμός

αμύνεται

γενικές

Φυσική

(αντισώματα,

βλεννογόνους, κ.λπ.)

άμυνα

Τεχνητή

(εμβόλια)

## Λοιμώδη νοσήματα

### Χαρακτηριστικά

- Οξεία εισβολή και πυρετό
- μικρόβιο ή ιός
- συγκεκριμένη πορεία - επιδημίες
- πολύ μεταδοτική

### Μετάδοση

υγιείς μικροβιοφορείς

- Άμεση

μικροβιοφορείς

μολυσμένα αντικείμενα, αέρα

- Έμμεση

διάμεσο ξενιστή

### Διαίρεση

- Μικρόβια
- Ιούς
- Παράσιτα
- Μύκητες



## Πρόληψη

**Εμβόλια** : αντιδιφθεριτικό, κοκκύτου, τετάνου, φυματίωσης, παρωτίτιδας, ερυθράς, ιλαράς, ευλογιάς, γρίπης, πολυομυελίτιδας, τυφοειδούς χολέρας, λύσσας κ.λπ.

**Ανοσοσφαιρίνες - οροί** : έτοιμα αντισώματα : Κοινή ανοσοσφαιρ., ειδική ηπατίτιδας Β, ειδική τετάνου, ανθρωπ. ειδική λύσσας, ειδική έρπητα ζωστήρα - ανεμευλογιάς.

## Απομόνωση

**Καθαριότητα**

απορρίμματα

αποχέτευση

αέρας

νερό

**Περιβάλλον**

έδαφος

## ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

### Ανεμευλογιά

- Συμπτώματα : ελαφρύς πυρετός, ερυθρές κηλίδες → φυσαλίδες → εφελκίδες, κνησμός
- Θεραπεία : αντισταμινικά, καθαριότητα, παρακεταμόλη όχι ασπιρίνη → Reje

### Ευλογιά

- Συμπτώματα : ρίγος, σπασμούς, υπερπυρεξία, καταρροή, κεφαλαλγία, εμέτους, παραλήρημα, εξάνθημα → φυσαλίδες → φλύκταινες
- Θεραπεία : συμπτωματική + εμβολιασμός, παρακολούθηση

### Ερυθρά

Επικίνδυνη κατά την κύηση

- Συμπτώματα : διόγκωση λεμφαδένων - εξάνθημα - μέτριος πυρετός
- Θεραπεία : Ήσυχο περιβάλλον - καθαρό - βιταμίνες.

## **Παρωτίτιδα**

- Συμπτώματα : Διόγκωση παρωτίδων, παρεκτόπιση πτερυγίου του αυτιού - υπογνάθιοι - σιελογόνοι, πυρετός.
- Θεραπεία : Αποσυμφορητικές σταγόνες για το αυτί - αντιπυρετικά.

## **Ιλαρά**

- Συμπτώματα : Μέτριο πυρετό, βήχα, δακρύρροια, ρινόρροια, ερεθισμό επιπεφυκότων, κηλίδες Koplik, αύξηση πυρετού - απολέπιση.
- Θεραπεία : Μέτρα υγιεινής, απομόνωση, συμπτωματική θεραπεία

Πρόληψη με γ-σφαιρίνη

## **Πολυομυελίτιδα**

- Συμπτώματα : πυρετός - βήχας - ερυθρότητα λαιμού, πόνοι στις αρθρώσεις, παραλύσεις.

- **Θεραπεία** : Ειδικευμένο προσωπικό, αναπνευστήρα, τραχειοτομή

Πρόληψη με Sabin

## **Γρίπη**

- **Συμπτώματα** : Κακουχία, ρίγος, πυρετός, κεφαλαλγία, οσφυαλγία, αρθραλγία, βήχας, ενίοτε πνευμονία
- **Θεραπεία** : Γλυκοκορτικοειδή αντιπυρετικά, αντιβηχικά, εμβόλια

## **Ηπατίτιδα**

- **Συμπτώματα** : Ίκτερο, διόγκωση ήπατος
- **Θεραπεία** : Σχετική με τα μέτρα υγιεινής, απομόνωση, εισαγωγή, απολύμανση, ατομική υγιεινή.

## **Λοιμώδης Μονοπυρήνωση**

- **Συμπτώματα** : Κακουχία, κεφαλαλγία, κοιλιακά άλγη, πυρετός, φαρυγγίτιδα,

διόγκωση αμυγδαλών, εξάνθημα και πετέχειες, ηπατοσπληνομεγαλία, διόγκωση λεμφαδένων.

- Θεραπεία : Συμπτωματική, κατάκλιση, αντιπυρετικά

αναπνευστική δυσχέρεια

μυοκαρδίτιδα

πρεδνιζόνη 7-10

ημέρες

περικαρδίτιδα

## **AIDS**

- Συμπτώματα : Καταβολή - κακουχία, συνεχής πυρετός, απώλεια βάρους, νεογνά κατά τη γέννηση
- Θεραπεία : Αζιδοθυμιδίνη (AZT) Συμπτωματική θεραπεία. Μεγάλη δόση ανοσοσφαιρίνης IV εμβολιασμοί + εμβόλιο πολυομυελίτιδας

## **Αιφνίδιο εξάνθημα**

Σε παιδιά 6 μηνών - 2 ετών

- Συμπτώματα : υπερπυρεξία - εξάνθημα ροδαλό κηλιδοβλατιδώδες
- Θεραπεία : αντιπυρετική

## **Φυματίωση**

- Συμπτώματα : Ζωηρός βήχας - αιμόπτυση, ανορεξία, κακουχία, πυρετός, απώλεια βάρους.

Στρεπτομυκίνη

- Θεραπεία : Αντιφυματικά            Ισονιαζίδη  
Mantoux

Παροαμινοσαλυκυλικό οξύ

## **Μηνιγγίτιδα**

- Συμπτώματα : πυρετό, κεφαλαλγία, ναυτία, ανορεξία, εμέτους, σύγχυση, αυχενική δυσκαμψία, σπασμούς, κώμα
- Θεραπεία : I.V. αμπικιλίνη, 5 μέρες μετά μείωση πυρετού, παρακέντηση  
μετά έναρξη

2 μέρες

## μετά διακοπή

### **Διφθερίτιδα**

- Συμπτώματα : Κυνάγχη με διόγκωση αμυγδαλών, αυχενικών λεμφαδένων, πυρετική κίνηση, τοξιναιμία, κινητικές διαταραχές.
- Θεραπεία : Νοσοκομείο, διφθεριτική αντιτοξίνη, πενικιλίνη, ερυθρομυκίνη, I.V. 80.000-100.000 /day

Πρόληψη : 3πλο εμβόλιο

### **Κοκκύτης**

- Συμπτώματα : Καταρροή, δακρύρροια, βήχας, ελαφρό πυρετό, παροξυσμικός βήχας
- Θεραπεία : συμπτωματική και αντιβιοτικά

### **Οστρακιά**

- Συμπτώματα : Υψηλός πυρετός, κοιλιακά άλγη, εμμετούς, δυσκαταποσία, κόκκινες κηλίδες, 1-2 μέρες αποχρωματισμός, απολέπιση.

- Θεραπεία : πενικιλίνη για 10 μέρες από το στόμα

### **Τέτανος**

- Συμπτώματα : Σπασμοί, υψηλή θερμοκρασία, πνευματική διαύγεια
- Θεραπεία : τεταν. ανοσοσφαιρίνη, χειρουργικός καθαρισμός τραύματος + πενικιλίνη IV, κατευναστικά - μυοχαλαρωτικά

Πρόληψη : τετανική αντιτοξίνη, καθαρισμός τραύματος

**ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ  
ΝΟΣΗΜΑΤΑ**



- Καθαρή, αναπαυτική θερμή κλίνη
- συχνή αλλαγή ιματισμού, αεροθάλαμοι
- καθαριότητα σώματος ασθενούς
- περιποίηση στόματος
- αερισμός δωματίου, ύγρανση περιβάλλοντος, σωστή θερμοκρασία
- σε πυρετό : ψυχρά επιθέματα - περιτυλίξεις - αντιπυρετικά
- έμμετοι : χλωροπρομαζίνη
- ελαφρά διατροφή υγρά εύπεπτα, θρεπτικά φαγητά
- διατήρηση ισοζυγίου
- σε λήθαργο παρεντερική διατροφή
- χημειοθεραπευτικά, αντιβιοτικά, έτοιμα αντισώματα.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

εξοπλισμένος χώρος φροντίδας - θάλαμος

εξειδικευμένο προσωπικό

μπλούζα-ιματισμός

απομόνωση - λήψη μέτρων απομάκρυνση

απεκρίσεων

απολύμανση

υγιή

περιβάλλοντα άτομα

απουσία αναπνευστ.

νοσημ.

εμβολιασμός

Ψυχολογική υποστήριξη

## ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

Περιοδική εξέταση μαθητών  
διαφώτιση μαθητών, γονέων, δασκάλων με  
συζητήσεις

- φύση μολυσμ. ασθενών
- τρόπος μετάδοσης
- πρόληψη διασποράς
- εμβόλια
- ευθύνη μαθητών  
νοσηλευτών  
δασκάλων
- αναφορά κάποιων νόσων

## ΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- βεβαίωση βιοτικού επιπέδου : Κίνητρα, καλύτερες συνθήκες στο σχολείο που αποτελεί το μελλοντικό πληθυσμό.
- γνώσεις για να είναι ενήμερος για τις νέες μεθόδους ελέγχου της διασποράς των λοιμωδών νοσημάτων
- υπεύθυνος να ελέγχει πόσο αποδίδουν τα μέτρα αυτά.
- αποδέχεται αλλαγές στον τρόπο φροντίδας και προστασίας στα λοιμώδη νοσήματα
- αποκαλύπτει περιπτώσεις εμφάνισης λοιμωδών νοσημάτων για την προστασία από επιδημίες του πληθυσμού

λοιμώδη

Ενημερώνει το κοινό      εμβόλια

καταπολέμηση

Γνωρίζει

τυπικά χαρακτηριστικά και πορεία των νοσημάτων

ενδεικνυόμενα μέτρα προφύλαξης

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

- Σωστή διαφώτιση
- λήψη προφυλακτικών μέτρων
- οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών με εκπαιδ. προσωπικό
- βελτίωση βιοτικού επιπέδου με την ενημέρωση
- διαφώτιση
- ατομική ευαισθητοποίηση