

ΤΕΙ: ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλευτική Διεργασία στα
Λοιμώδη Νοσήματα της παιδικής ηλικίας

Σπουδάστρια: Ζερνιώτη Αλεξάνδρα

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

ΚΥΡ. Νάνου

Επιτροπή εγκρίσεως
πτυχιακής εργασίας

1)

2)

3)



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΓΕΛΙΑΣ 1458

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΑΦΙΕΡΩΣΗ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'</u>	
ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	7
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'</u>	
ΙΟΓΕΝΗ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	37
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'</u>	
ΠΡΩΤΟΖΩΙΚΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	70
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'</u>	
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ	73
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	99
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'</u>	
ΙΣΤΟΡΙΚΑ	157

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την εργασία μου αυτή θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την διδακτορική Νάνου που με τις συμβουλές και τις γνώσεις της με βοήθησε για την σύνταξη της πτυχιακής μου εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλες τις καθηγήτριες των Τ.Ε.Ι. της Νοσηλευτικής Σχολής που ακούραστα και με υπομονή προσπαθούν να εκπαιδεύσουν ευσεινήδητες νοσηλεύτριες.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Την εργασία αυτή την αφιερώνω στην μητέρα μου, για την
συνπαράσταση που μου έδειξε σ' όλη την περίοδο της
διεκπαιρέωσής της πτυχιακής εργασίας μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σ' αυτή την εργασία θ' αναφερθούμε στα λοιμώδη νοσήματα της παιδικής ηλικίας, τα οποία χωρίζονται σε ομάδες ανάλογα με τον παράγοντα που τα προκαλεί:

Μικροβιακά (οφείλονται σε μικρόβια -(ιούς), ιογενή, πρωτοζωικά (πρωτοζωα) και λοιμώδη νοσήματα.

Είναι ανάγκη να προσέχουμε όχι μόνον τον οργανισμό αλλά και τον ψυχικό παράγοντα ενός ατόμου.

Γι' αυτό πρέπει να στραφούμε στο παιδί σαν ψυχοσωματική μονάδα μ' όλες τις αντιδράσεις και τις ανάγκες του ενήλικα και την ευαισθησία της παιδικής ηλικίας για την ασθένεια.

Η εργασία αυτή περιλαμβάνει:

α. Εισαγωγή στα λοιμώδη νοσήματα.

β. Το Γενικό μέρος

Λεπτομερώς αναφορά των λοιμωδών νοσημάτων της παιδικής ηλικίας.

γ. Το Ειδικό μέρος

Νοσηλευτική διεργασία των λοιμωδών νοσημάτων της παιδικής ηλικίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πραγματικά είναι κοινή διαπίστωση σήμερα πως τα λοιμώδη νοσήματα έχουν μειωθεί* ωστόσο, μπορεί η διαπίστωση αυτή να μην δίνει τον ενθουσιασμό που είχε πριν από 15-20 χρόνια. Έτσι, από την είσοδο των αντιβιοτικών στην θεραπεία δημιουργήθηκε η πίστη πως τα λοιμώδη νοσήματα θα εξαφανίζονταν* αυτό ενισχύθηκε ακόμα, από το ανέβασμα του βιωτικού επιπέδου, που συνεχίζονταν σταθερά από τότε που τελείωσε ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος κι εδώ βέβαια η πεποίθηση αυτή ενισχύθηκε από την αιφνίδια μείωση που παρουσίασαν τα λοιμώδη, με βάση τις φοβερές εμπειρίες και απ' τις προηγούμενες μεγάλες επιδημίες. Και στ' αλήθεια, η επιδημία του εξανθηματικού τύφου στον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο, υπολογίζεται πως μέσα σε μία τετραετία (1918-1922), μόνο στην ανατολική Ευρώπη και τη Ρωσία, προσέβαλαν περίπου 30.000.000 άτομα απ' τα οποία πέθαναν τα 3.000.000, ενώ η γρίπη της ίδιας εποχής (1918-1919) δημιούργησε 20.000 θανάτους* ίδια παραδείγματα υπάρχουν ένα σωρό, ακόμα κι απ' την ελληνική πραγματικότητα όπως, η επιδημία του εξανθηματικού τύφου ύστερα απ' την Μικρασιατική καταστροφή που ευνοήθηκε και από τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης και που κύρια ανάπτύχθηκε στην Αθήνα, Πειραιά κ.αλ.

Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως οι λοιμώξεις από ιούς αυξάνουν συνέχεια. Άκόμα, διαπιστώνεται μία μεταλλαγή ή παραμόρφωση στην κλινική ή επιδημιολογική εικόνα για μερικά απ' τα λοιμώδη νοσήματα, μέχρι να

δημιουργηθεί νέος όρος για τον προσδιορισμό όπως η νεοπαθομορφία. Ακόμα, πρέπει να σημειωθεί και κάποια γεωγραφική ανακατάταξη που εμφανίζεται στα λοιμώδη νοσήματα, όπως π.χ. στην τουλαραιμία που τελευταία επεκτάθηκε στην Νορβηγία, Σουηδία, Τσεχοσλοβακία, Πολωνία και Αυστρία, ενώ πρώτα ήταν γνωστή μόνο στις Η.Π.Α, Καναδά και Ιαπωνία. Μήπως λοιπόν βρισκόμαστε σε μία καινούργια περίοδο με χαρακτηριστικό μία ανασύνταξη των λοιμωδών νόσων; Το ερώτημα μένει ιδιαίτερα επίκαιρο και η προληπτική ιατρική απαιτεί να υπάρχει γνώση για τα λοιμώδη και τους χαρακτήρες τους, την αντιμετώπιση και καταπολέμησή τους.

Τα λοιμώδη νοσήματα μεταδίδονται με πολλούς τρόπους. Ένας απ' τους τρόπους αυτούς είναι η μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο, όπως γίνεται στη γρίπη, ψυματίωση κ.αλ. Στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για άμεση μετάδοση και εδώ περιλαμβάνονται κι οι περιπτώσεις που κάποιο νόσημα μεταδίδεται από άτομα που βρίσκονται σε ανάρρωση ή από υγιείς που ενώ δεν νοσούν, φέρνουν το μικρόβιο κάποιας αρρώστιας και το μεταδίνουν· τα τελευταία άτομα ονομάζονται υγιείς μικροβιοφορείς, σ' αντίθεση προς τα άρρωστα που ονομάζονται απλά μικροβιοφορείς.

Άλλοι τρόποι με τους οποίους μεταδίδονται τα λοιμώδη νοσήματα, πέρα απ' την άμεση μετάδοση, είναι και η μετάδοση με μολυσμένα αντικείμενα ή τον αέρα κ.αλ. Στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για έμμεση μετάδοση μιάς μόλυνσης. Στην περίπτωση αυτή μπαίνουν και οι περιπτώσεις εκείνες που για να γίνει η μόλυνση μεσολαβεί και κάποιο ζώο που ονομάζεται διάμεσος ξενιστής. Σε πολλές πάλι περιπτώσεις, για να

μεταδοθεί μία νόσος, ανάμεσα στο διάμεσο ξενιστή και στον άνθρωπο, παρεμβάλλεται κι ένας ακόμα οργανισμός που ονομάζεται διαβιβαστής. Παράδειγμα στην πανώλη, διάμεσος ξενιστής είναι ο ποντικός και διαβιβαστής ο ψύλλος του ποντικιού αυτού. Όμοια γίνεται και στην ελονοσία, όπου όμως υπάρχει μονάχα διάμεσος ξενιστής, το κουνούπι το ανώψελο, δίχως να' χουμε άλλον διαβιβαστή.

Βέβαια, σε μερικά νοσήματα, η μετάδοση μπορεί να γίνει και άμεσα και έμμεσα. Έτσι στην ψυματίωση η μετάδοση μπορεί να γίνει και από άνθρωπο σε άνθρωπο (άμεσα), αλλά και με μολυσμένα αντικείμενα (έμμεσα).

Φαίνεται πως, η πιο σωστή διαίρεση για τα λοιμώδη νοσήματα είναι αυτή που στηρίζεται στην αιτιολογία τους.

Έτσι με βάση την τελευταία, τα λοιμώδη νοσήματα διακρίνονται σ' όσα οφείλονται σε μικρόβια, σε ιούς, σε παράσιτα.

ΚΕΦ. Α'

Μικροβιακά λοιμώδη νοσήματα

Είναι τα λοιμώδη νοσήματα, τα οποία οφείλονται σε μικρόβια και είναι τα εξής:

α) Διφθερίτιδα.

Η διφθερίτιδα οφείλεται στο *Corynebacterium* που διακρίνεται σε 3 κατηγορίες *gravis*, *witis* και *intermedius*.

Η μετάδοση του μικροβίου από τους φορείς του μικροβίου γίνεται με τα σταγονίδια τη σκόνη, και τα διάφορα αντικείμενα.

Σήμερα η διφθερίτιδα έχει σχεδόν εξαφανισθεί στις αναπτυγμένες χώρες χάρις στον εμβολιασμό, εξακολουθεί όμως να προκαλεί κίνδυνο στον άνθρωπο.

Κλινική εικόνα:

Η επώαση 1-8 (συνήθως 2-5 ημέρες). Η νόσος συνήθως εντοπίζεται στο φάρυγγα. Στην αρχή εμφανίζονται κίτρινόλευκες κιλίδες στις αμυγδαλές που συρρέουν και καταλαμβάνουν ολόκληρη την επιφάνειά τους και πολλές φορές επεκτείνονται στις παρίσθμιες καμάρες, την κιονίδα, το τοίχωμα του φάρυγγα και τη μύτη.

Το επίχρισμα είναι ψευδομεμβρανώδες ρυπαρό λευκόψαιο, δύσσομο, αποκολλάται με δυσκολία και προκαλεί αιμορραγία κατά την απόσπασή του. Οι αμυγδαλές γενικά φλεγμαίνουν και

ο άρρωστος παρουσιάζει δυσκαταποσία. Παράλληλα υπάρχουν και γενικά φαινόμενα (πυρετός, κακουχία κτλ.).

Εξέλιξη και πρόγνωση: Όταν δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία η νόσος μπορεί να προκαλέσει διφθεριτική λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα από τοπική επέκταση ή μυοκαρδίτιδα 5-12 ημέρες μετά την έναρξη της νόσου από τις οποίες επέρχεται συνήθως ο θάνατος. Άλλες επιπλοκές είναι η πολυνευρίτιδα, η βρογχοπνευμονία κτλ. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ειδικά στα μεγαλύτερα παιδιά, που η διφθερίτιδα είναι πολύ τοξική διογκώνονται πάρα πολύ οι τραχηλικοί αδένες με παριαδενική διώθηση των μαλακών ιστών και ο τράχηλος παίρνει τη χαρακτηριστική όψη βουβάλου (Bullneck) και επέρχεται ο θάνατος μέσα σε μία βδομάδα από μυοκαρδίτιδα ή βρογχοπνευμονία.

Άλλες μορφές της νόσου είναι η δερματική διφθερίτιδα, στην οποία σχηματίζονται στο δέρμα εξελκώσεις με ψευδομεμβράνες στην επιφάνειά τους, και η διφθερίτιδα των κοιλοτήτων, όπως της μύτης, του έξω ακουστικού πόρου, του ομφαλού, της αιδοιοκολπικής κοιλότητας κτλ. που χαρακτηρίζεται από επίμονη οροαιματηρή δύσοσμη έκκριση και ελκωτικές αλλοιώσεις με δενδομεμβράνες στην επιφάνειά τους.

Διάγνωση: Παρόλο που η διφθερίτιδα σήμερα είναι πολύ σπάνια πρέπει να προσέχεται όταν παρατηρούνται ψευδομεμβράνες ρυπαρές στις αμυγδαλές που επέκτεινονται στους γύρω ιστούς ή όταν παρατηρούνται στο δέρμα ή τους βλενογόνους επίμονες εξελκώσεις με ψευδομεμβράνες στην επιφάνειά του και δύσοσμο έκκριμα και ιδιαίτερα σε άτομα που δεν έχουν εμβολιασθεί κανονικά εναντίον της

διφθερίτιδας. Η διάγνωση βασίζεται στην διαπίστωση του μικροβίου, στην καλλιέργεια του εκκρίματος. Όταν βρεθεί το μικρόβιο, πρέπει να ελέγχεται και η τοξικότητά του.

Θεραπεία και προφύλαξη: Χορηγείται αντιδιφθεριτικός ορός σε δόση 20,000 - 40,000 U.E.M. Παράλληλα με την αντιτοξίνη χορηγείται πενικιλίνη ή ερυθρομυκίνη για 10 ημέρες. Πολλοί συνιστούν να αρχίζει κανονικός αντιδιφθεριτικός εμβολιασμός μία βδομάδα μετά την έναρξη της νόσου γιατί μετά την αποδρομή της νόσου μερικοί άρρωστοι έχουν θετική αντίδραση.

Schick: Επειδή ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων παρουσιάζει θετική αντίδραση schick και τίτλο αντιτοξίνης στον ορό χαμηλότερο από 0,1 uluil δηλαδή είναι επίνοσα στην διφθερίτιδα και αφού το μικρόβιο υπάρχει, ο κίνδυνος από την νόσο δεν λείπει. Γι' αυτό πρέπει να μην παραμελείται ο αντιδιφθεριτικός εμβολιασμός και να γίνονται κανονικά οι επαναληπτικές του δόσεις, οι οποίες συχνά παραμελούνται, ενώ ο αρχικός εμβολιασμός με το διπλό ή τριπλό εμβόλιο γίνεται σε μεγάλο ποσοστό στην χώρα μας (μέχρι 95%). Με το συστηματικό αντιδιφθεριτικό - τετανικό εμβολιασμό είναι δυνατό να εκριζυθεί η διφθερίτιδα και να εκλείψει σχεδόν ο τέτανος.

β) Τέτανος.

Αιτιολογία: Ο τέτανος οφείλεται στο αναερόβιο σπορογόνο *Clostridium tetani* (κλωστηρίδιο τετάνου) του Nicolaier, οι σπόροι του οποίου είναι πολύ ανθεκτικοί στην θέρμανση και τα συνηθή αντιστατικά και βρίσκεται στο έντερο των κατοικίδιων ζώων και κυρίων των αλόγων και του ανθρώπου. Με τα κόπρανα το μικρόβιο και οι σπόροι διασπείρονται στο περιβάλλον και έτσι βρίσκονται στο έδαφος, τη σκόνη, τα ρούχα κτλ. Θύρα εισόδου του μικροβίου στον οργανισμό αποτελεί κάθε λύση της συνέχειας του δέρματος ή των βλεννογόνων και το τραύμα του ομφάλιου λώρου στα νεογνά. Στο σημείο του ενοφθαλμισμού του μικροβίου αναπτύσσεται τοπικά το μικρόβιο και παράγεται ισχυρή έξω τοξίνη (τετανοσπασμίνη), η οποία μπαίνει στην κυκλοφορία με την λεμφική οδό και φθάνει στο Κ.Ν.Σ.

Κλινική εικόνα: Η επώαση 1-20 (συνήθως 5-14 ημέρες ή και περισσότερο). Η νόσος εκδηλώνεται ύπουλα με μυϊκή δυσκαμψία που αρχίζει συνήθως στους μύς του αυχένα και της γνάθου. Μέσα σε 1-2 ημέρες η δυσκαμψία επεκτείνεται στον κορμό και τα άκρα. Παρατηρείται δυσκολία στην διάνοιξη του στόματος και τρισμός των δοντιών. Από την σύσπαση των διαφόρων μυών προκαλείται σαρδώνιο γέλιο (ανύψωση φρυδιών προς τα έξω και κάτω φορά των γονιών του στόματος), δυσφαγία, οπισθότοπος τετανική σύσπαση της κοιλιάς, σύσπαση και δυσκαμψία των άκρων. Κατά διαστήματα επέρχονται σπασμοί που διαρκούν λίγα δευτερόλεπτα μέχρι λίγα λεπτά και προκαλούνται συνήθως από διάφορα ερεθίσματα οπτικά,

ακουστικά, δερματικά κτλ. Οι έντονοι σπασμοί μπορούν να προκαλέσουν κατάγματα των σπονδύλων. Στις βαριές περιπτώσεις προκαλείται τετανική σύσπαση των αναπνευστικών μυών, λαρυγγόσπασμος, άθροιση εκκρίσεως στο τραχειοβρογχικό δέντρο και μεγάλη αναπνευστική δυσχέρεια, ασφυξία, κώμα και θάνατος. Από την προσβολή του σφιχτήρα της κύστεως προκαλείται επίσχεση των νεύρων. Η θερμοκρασία του σώματος είναι φυσιολογική ή λίγο αυξημένη, ενώ στις βαριές θανατηφόρες περιπτώσεις παρατηρείται συνήθως υψηλός πυρετός. Η προσβολή του αυτόνομου νευρικού συστήματος εκδηλώνεται με ανεξήγητη ταχυκαρδία, υπέρταση, ιδρώτες, αρρυθμίες και τελικά υπόταση, υπερπυρεξία και πνευμονική οίδημα. Η ψυχική σφαίρα του αρρώστου επηρεάζεται μόνο στο προθανάτιο στάδιο της νόσου. Ο τέτανος εκδηλώνεται συνήθως 5-12 ημέρες μετά τον τοκετό και χαρακτηρίζεται από δυσχέρεια για σίτιση, σαρδώνιο γέλιο, σπασμούς οπισθοτόνο και συνήθως υψηλό πυρετό. Υπάρχουν και τοπικές μορφές τετάνου, στις οποίες παρατηρούνται σπαστικότητα και σπασμοί των μυών που βρίσκονται κοντά στο τραύμα.

Εργαστηριακά ευρήματα: Το Ε.Ν.Υ είναι φυσιολογικό. Τα λευκοκύτταρα του αίματος είναι φυσιολογικά ή λίγο αυξημένα.

Διάγνωση: Βασίζεται στο ιστορικό της κλινικής εικόνας και κυρίως στην σύσπαση των μασητήρων, την τετανική σύσπαση των μυών του κορμού των άκρων και της κοιλιάς, ενώ η διάνοια του ασθενούς είναι διαυγής.

Εξέλιξη και πρόγνωση: Στις ελαφρές περιπτώσεις η νόσος υποχωρεί σιγά-σιγά μέσα σε πολλές βδομάδες. Στις βαριές περιπτώσεις ο θάνατος επέρχεται στις 10 πρώτες ημέρες της

νόσου από αναπνευστική δυσχέρεια ή επιπρόσθετη βρογχοπνευμονία. Ο λαρυγγόσπασμος, ο σπασμός των αναπνευστικών μυών, και η άθροιση των εκκρίσεων στο φάρυγγα και τις λοιπές αεροφόρους οδούς, η επέλευση βρογχοπνευμονίας, η υπερπυρεξία, η βραχεία επώαση (μικρότερη των 10 ημερών) αποτελούν άσχημα προγνωστικά σημεία. Η θνητότητα του τετάνου είναι υψηλή και ιδιαίτερα στα νεογνά. Ο τέτανος δεν αφήνει ανοσία.

Θεραπεία και προφύλαξη: Η θεραπεία πρέπει να γίνεται σε ειδικό κέντρο αναπνευστικών παθήσεων και ανανήψεως. Ο άρρωστος απομονώνεται σε ήσυχο σκοτεινό δωμάτιο, χορηγούνται σ' αυτόν κατευναστικά, όπως βαρβιτουρικά και διαζεπάμη που συνδυάζει και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες. Στις βαριές περιπτώσεις εφαρμόζονται και γενικά αναισθητική ή *d-tubocurarine* με προσοχή. Οι δόσεις τους καθορίζονται ανάλογα με την περίπτωση. Παίρνονται μέτρα για την διατήρηση ελεύθερης της αναπνευστικής οδού και την εξασφάλιση της αναπνευστικής λειτουργίας, στην ανάγκη με εφαρμογή τραχειοστομίας και μηχανικών μέσων την σίτιση κατά προτίμηση παρεντερική του αρρώστου και την διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και την πρόληψη των επιπροσθέτων λοιμώξεων. Επί ανεξήγητης ταχυκαρδίας ή αρρυθμίας χορηγούνται β-αναστολείς, όπως προπρανόλη. Για την εξουδετέρωση της ελεύθερης αντιτοξίνης χορηγείται ετερόλογος ορός (10,000 - 25,000 u) ΕΦ ή ΕΜ η υπεράνοση γάμμα σφαιρίνη τετάνου σε δόση 1,500-6,000 ΕΜ ή ΕΜ.

Από τα αντιβιοτικά χρησιμοποιούνται κατά προτίμηση η πενικιλλίνη ή αμπικιλλίνη και άλλα ανάλογα με την

περίπτωση.

Για την προφύλαξη εναντίον του τετάνου πρέπει να εφαρμόζεται ο αντιτετανικός εμβολιασμός και να γίνονται οι επαναληπτικές του δόσεις (κάθε 10 χρόνια). Επί τραυματισμού ατόμων που δεν είναι εμβολιασμένα κανονικά εναντίον του τετάνου, μετά από καλό καθαρισμό του τραύματος χορηγείται πενικιλίνη, και σε περιπτώσεις ακαθάρτου τραύματος υπεράνοση αντιτετανική γάμμα - σφαιρίνη. Συγχρόνως γίνεται έναρξη ή συνέχιση του αντιτετανικού εμβολιασμού.

γ) Κοκκύτης.

Αιτιολογία: Ο κοκκύτης οφείλεται στο βακτηρίδιο *Bordetella pertussis*, το οποίο μεταδίδεται απευθείας από τους αρρώστους με τα σταγονίδια και σπάνια έμμεσα από το έμμεσο περιβάλλον των ασθενών.

Η νόσος είναι μεταδοτική αμέσως μετά την εκδήλωσή της μέχρι 3 περίπου εβδομάδες μετά την έναρξη των παροξυσμών ή σ' όλη τη διάρκεια του σπασμωδικού σταδίου.

Προβάλλει τους βλεννογόνους του αναπνευστικού και κυρίως των βρόγχων και των βρογχολίων όπου προκαλεί νέκρωση της βασικής και της μέσης στιβάδας του επιθηλίου με φλεγμονώδη διήθηση αυτού και κάτω απ' αυτό που επεκτείνεται στο τοίχωμα του βρόγχου και τον ενδιάμεσο πνευμονικό ιστό. Μέσα στον αυλό των βρόγχων παρατηρείται λίγο εξίδρωμα, το οποίο με βλέννη μπορεί να σχηματίζει βύσματα.

Κλινική εικόνα: Επώαση 7-14 ημέρες.

Η νόσος εκδηλώνεται με κατταροϊκά φαινόμενα, βήχα, ξηρό στην αρχή, ο οποίος προοδευτικά γίνεται πιο έντονος και σε 1-2 εβδομάδες σπασμωδικός, δηλ. έρχεται κατά παροξυσμούς είναι έντονος, ξηρός, διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα ή και λεπτά και σταματά απότομα με χαρακτηριστική εισπνευστική κραυγή - κρώξιμο και έξοδο παχύρευστου πτυέλου ή εμμετό. Οι παροξυσμοί κυμαίνονται από 5-4- και πλέον το 24h. Το σπασμωδικό στάδιο διαρκεί 4-6 εβδομάδες και παρέρχεται βαθμιακά μέσα σε 2-3 εβδομάδες με αραίωση του αριθμού και ελάττωση της έντασης του παροξυσμού. Στα μικρά βρέφη πολλές φορές αντί του χαρακτηριστικού βήχα παρατηρούνται

παροξυσμοί πνιγμονής με έντονη κυάνωση.

Εργαστηριακά ευρήματα: Στην αρχή της νόσου διαπιστώνεται συνήθως λευκοκυττάρωση (20,000 - 30,000 και συχνά μέχρι 100.000 m²) με λεμφοκυττάρωση μέχρι 80%. Το βακτηρίδιο του κοκκύτου βρίσκεται στην καλλιέργεια του ρινοφαρυγγικού εκκρίματος σε ειδικό θρεπτικό υλικό τις 2-3 πρώτες εβδομάδες της νόσου και σπανιότερα μετά την 4η εβδομάδα. Από την τρίτη εβδομάδα της νόσου εμφανίζονται τα ειδικά αντισώματα της νόσου και οι αντιδράσεις συγκολλητίνων και σύνδεσης του συμπληρώματος γίνονται θετικές.

Διάγνωση: Η διάγνωση της νόσου στην αρχή είναι δύσκολη και συνήθως γίνεται όταν ο βήχας γίνει χαρακτηριστικός κοκκυτσειδής. Η διαφορική διάγνωση του κοκκύτου γίνεται από την τραχειοβρογχίτιδα, την βρογχιολίτιδα, τη βρογχοπνευμονία, την άτυπη πνευμονία, το ξένο σώμα και την κυστική ένωση κυρίως στα μικρά βρέφη. Από τον κοκκύτη δύσκολα ξεχωρίζει ο παρακοκκύτης που οφείλεται σε μικρόβιο παρόμοιο με το μικρόβιο του κοκκύτη και έχει κλινική εικόνα ελαφρής μορφής κοκκύτη. Χρόνιος παρατεταμένος βήχας μπορεί να οφείλεται και στον αιμόφιλο της γρίπης, τον πνευμονιόκοκκο ή την *Neisseria catarrhalis* εναντίον των οποίων χορηγούνται η αμπικιλίνη, περυθρομυκίνη, οι κεφαλοσπορίνες κτλ. Επίσης διάφοροι αδενοίτι μπορεί να προκαλέσουν παρόμοια κλινική εικόνα ελαφρού κοκκύτου.

Θεραπεία: Χορηγείται αντικοκκυτική γάμμα - σφαιρίνη παρόλο που αμφισβητείται η θεραπευτική της αξία από πολλούς σε δόση 1,25 - 2,5 ml EM κάθε 24 ή 48 h 3-4 φορές. Δίνεται

κυρίως σε παιδιά κάτω των 2 χρόνων και ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου. Αντιβιοτικά όπως ερυθρομυκίνη, αμπικιλλίνη κτλ. μπορεί να δίνονται στα αρχικά στάδια της νόσου για 10 ημέρες και μπορεί να συνδυάζονται με κορακοστεροειδή και ανοσοσφαιρίνη κοκκύτου. Παράλληλα παίρνονται και γενικά μέτρα που περιλαμβάνουν καλή διατροφή με πολλά και μικρά γεύματα και επανασίτιση μετά τον εμετό, καθαρό αέρα, απομόνωση κτλ. Για την καταστολή του βήχα μπορεί να χορηγούνται διάφορα αντιβηχικά φάρμακα με βάση την κωδεΐνη (cassidiazol - dicodid) την σκοπολαμίνη (Scopol) κτλ.

Καλά αποτελέσματα έχουμε και με την χορήγηση της σολβουταμόλης (aegolin).

Προφύλαξη: Η απομόνωση των παιδιών που πάσχουν από κοκκύτη πρέπει να κρατάει 4-6 εβδομάδες. Στα βρέφη που έχουν εκτεθεί στην μόλυνση δίνονται προφυλακτικά 25 ml EM υπεράνοσης αντικοκκυτικής γάμμα - σφαιρίνης. Ο αντικοκκυτικός εμβολιασμός παρόλες τις αντίθετες απόψεις ορισμένων συγγραφέων πρέπει να γίνεται και μάλιστα να αρχίζει νωρίς από τον 1-2 μήνα.

δ) Οστρακιά.

Είναι οξύ λοιμώδες εξάνθηματικό νόσημα που οφείλεται στον β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α. Σ' αυτόν περιλαμβάνονται 50 διαφορετικοί τύπου στρεπτοκόκκου, οστρακιά όμως προκαλούν μόνον εκείνοι οι τύπου που παράγουν ερυθρογόνο τοξίνη και είναι υπεύθυνοι για το εξάνθημα.

Η ανοσία είναι αντιτοξινική (για την ερυθρογόνο τοξίνη) και αντιμικροβιακή ειδική για τον τύπο του υπεύθυνου στρεπτόκοκκου. Η αντιτοξινική ανοσία ελέγχεται με την δερμοαντίδραση Dick που συνιστάται στην ενδοδερμική ένεση ερυθρογόνου τοξίνης. Σε θετική αντίδραση οπότε δεν υπάρχει ανοσία δημιουργείται στο σημείο της ενέσεως ερυθρά διήθηση. Όταν σχηματισθούν από τον οργανισμό αντισώματα για την ερυθρογόνο τοξίνη, οπότε υπάρχει ανοσία, η αντίδραση DICK είναι αρνητική δηλ. δεν προκαλείται καμμία αντίδραση στο σημείο της ένεσης.

Μεταδίδεται με τα σταγονίδια του ρυνιφαρυγγικού εκκρίματος αρρώστου ή και υγιούς μικροβιοφορέως σπανιότερα μεταδίδεται με μολυσμένα αντικείμενα. Προσβάλλει κυρίως παιδιά 2-8 ετών ποτέ βρέφη (κάτω των 6 μηνών) και σπανίως ενήλικες.

Κλινική εικόνα: Επώαση 2-7 ημερών. Αρχίζει απότομα με ρίγος, υψηλό πυρετό και εμέτους. Γρήγορα αναπτύσσεται εντονώτατη κυνάγχη με κατακόκκινο τον φάρυγγα, τη σταφύλη, και την υπερώα και λευκωπό επίχρισμα. Η γλώσσα είναι μοροειδής (σαν βατόμουρο) και συχνά υπάρχει πετεχειώδες ενάνθημα. Το εξάνθημα που εμφανίζεται μετά από 12-72 ώρες

είναι διάχυτο μικροκηλιδώδες συρρέει, χωρίς υγιές δέρμα μεταξύ των κηλίδων. Αρχίζει από τον τράχηλο τις μασχάλιαιες και βουβωνικές πτυχές, την εσωτερική επιφάνεια των μικρών και επεκτείνεται προς το υπόλοιπο σωμά. Το πρόσωπο είναι ερυθρό, ενώ η περιστοματική περιοχή είναι ωχρή (σημείο FILATOFF). Το εξάνθημα υποχωρεί μετά 3-7 ημέρες με απολέπιση άλλοτε λεπτή σαν σκόνη και άλλοτε με την μορφή μεγάλων λεπίων. Με την υποχώρηση του εξανθήματος υποχωρεί και ο πυρετός.

Διάγνωση: Αν δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία η οστρακιά μπορεί να προκαλέσει μικροβιακές επιπλοκές όπως τραχηλική λεμφαδενίτιδα, μέση ωτίτιδα, ηγμορίτιδα πυώδη αρθρίτιδα, σηπτική ενδοκαρδίτιδα, οστεομυελίτιδα κτλ. και τοξινικές επιπλοκές όπως οξεία σπειραματονεφρίτιδα, ρευματικό πυρετό και αλλεργική πορφύρα.

Θεραπεία: Αριστή, αν η θεραπεία αρχίσει έγκαιρα.

Προφύλαξη: Απομόνωση του αρρώστου για 2 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Εμβόλιο ή ορός δεν υπάρχουν.

ε) Μηνιγγίτιδα.

Η επιδημική μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλονωτιαίος πυρετός είναι λοιμώδες νόσημα που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή στις μηνιγγες με εγκεφαλικό οίδημα, ψηλό πυρετό, βαρεία γενική κατάσταση και αυξημένη μεταδοτικότητα.

Αιτιολογία: Η νόσος οφείλεται στην ναϊσσέρια την μηνιγγιτιδική ή ενδοκυττάριο διπλόκοκκο της μηνιγγίτιδας του Weichsell - Baum, ή ενδοκυττάριο μικρόκοκκο ή μηνιγγιτιδόκοκκο.,

Επιδημιολογία: Η επιδημική μηνιγγίτιδα είναι η πιο συχνή απ' όλες τις μηνιγγίτιδες, μεταδίδεται με τα σταγονίδια του ρινοφάρυγγα και δίνει συχνά επιδημίες, πιο πολύ την άνοιξη και το χειμώνα ή μόνο σποραδικά κρούσματα. Σε επιδημίες μπορούν οι μικροβιοφορείς να φθάσουν και στο 30% του συνολικού πληθυσμού. Η νόσος είναι πιο συχνή στα νέα άτομα, στα παιδιά και στα βρέφη, ενώ όταν θεραπευτεί αφήνει ισόβια ανοσία.

Κλινική εικόνα: Η επώαση: 2-4 μέρες (μέχρι μία εβδομάδα). Έναρξη της νόσου με υψηλό πυρετό (μέχρι 40° C), φρίκια, εμετούς δίχως ναυτία, ρινοφάρυγγίτιδα και ταχυσφυγμία. Υστερα από 24-48 ώρες από την αρχή της εμφανίζονται τα μηνιγγιτιδικά σημεία που είναι έντονος κεφαλόπονος με ραχιαλγίες και μηνιγγιτιδισμό, (αυχενική και μυϊκή δυσκαμψία), εμετό, οπισθοτόνο, θετικά σημεία Kernig και Brudzinski, υπεραίσθησία, φωτοφοβία και υπερακουσία, όπως και στις παραλύσεις σπάνια (στραβισμός στα μάτια). Ο πυρετός μένει υψηλός και τις πολλές φορές με δυσανάλογες

σφύξεις (χαμηλότερος αριθμός σφύξεων - βραδυσφυγμία σε σχέση με τον πυρετό) και συνοδεύεται από επιχείλιο έρπητα, πορφύρα, αρθραλγίες, παραλήρημα και κωματώδη κατάσταση, στις βαρείες μορφές.

Μορφές: Διακρίνουμε: Κεραυνοβόλος μορφή που καταλήγει μέσα σε λίγες ώρες στο θάνατο από οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια, οξεία μορφή, υποξεία και χρόνια, πιο συχνά με την μορφή της χρόνιας μικροβιαίμιας.

Επιπλοκές: Παραλύσεις, πιο συχνά παροδικές αρθρίτιδες, τενοντοθηκίτιδες, θρομβοφλεβίτιδες κτλ. συψαιμία με ενδοκαρδίτιδα ή ορχίτιδα, αταξία, λαβύρινθος, βαρικοϊα κ.αλ. Και στα βρέφη υδροκεφαλία, επιληψία, βαρικοϊα ή ψυχικές διαταραχές.

Διάγνωση: Αυτή στηρίζεται στα κλινικά σημεία και στην οσφουνωτιαία παρακέντηση (στοο ΕΝΥ βρίσκονται μηνιγγιτιδίοκοκοι, αυξημένη πίεση, μεγάλος αριθμός πολυμορφοπυρήνων αυξημένη οι πρωτεΐνες και χαμηλά το σάκχαρο και τα χλωριούχα). Ακόμα, μπορούμε να κάνουμε αιμοκαλλιέργεια, για να απομονώσουμε τους μηνιγγιτιδοκόκκους.

Διαφορική διάγνωση: Στην αρχή της νόσου είναι απαραίτητη διαφορική διάγνωση από πολλά λοιμώδη νοσήματα που εμφανίζουν μηνιγγισμό (πνευμονία, ψυματιώδης μηνιγγίτιδα κτλ.), και στο στάδιο της ακμής από τις άλλες μηνιγγίτιδες, πράγμα που γίνεται με την καλλιέργεια και τους χαρακτήρες του ΕΝΥ.

Πρόγνωση: Γενικά σοβαρή.

Προφύλαξη: Αποφυγή επαφής με πάσχοντες και σε περίπτωση

επιδημία ή επαφής με πάσχοντα, χορήγηση από το στόμα σουλφαδιαζίνη σε δόση 2-3 gm την ημέρα για 3 ημέρες ή πενικιλίνη.

Εμβόλιο ή ορός δεν υπάρχουν.

Θεραπεία: Η θεραπεία εκλογής είναι πενικιλίνη, ενώ σε άτομα ευαίσθητα στην πενικιλίνη χορηγείται η χλωραμφαινικόλη. Η δοσολογία που ισχύει σήμερα είναι 24.000.000 U.I πενικιλίνης σε 8-12 δόσεις σε ενδοφλέβια έγχυση· ακόμα, χορηγούνται και σήμερα σουλφοναμίδες και πιο πολύ η σουλφαδιαζίνη σε δόση 3,5 - 5 gm την ημέρα με έγχυση μέσα σε διάλυμα 5% σε ισότονο διάλυμα χλωριούχου-νάτριου και παράλληλα 1-2 gm per os κάθε 4-8 ώρες.

Σε παιδιά μικρότερες δόσεις.

Ακόμα, χορηγούνται αναλγητικά, κατευναστικά, υγρά παρεντερικά ή και κορτικοστεροειδή σε επινεφριδική ανεπάρκεια. Και βέβαια και συμπτωματική αγωγή.

Ειδικά για το εγκεφαλικό οίδημα χορηγούμε 20% μανιτόλη, σε δόση 7,5 - 10 ml/kg σωματικού βάρους, σιγά - σιγά IV σε χρόνο 3-60 λεπτά ακόμα 10 mg δεξαμεθαλόνης IV και 4 mg στην συνέχεια IV. Κάθε 6 ώρες και ελέγχουμε την αναπνευστική λειτουργία. Οξυγονοθεραπεία είναι απαραίτητη σε κυματοειδής μορφή.

Σαλμονελλώσεις

Οι σαλμονέλλες υπάγονται στην οικογένεια των εντεροβακτηριοειδών. Η σαλμονέλλα έχει μέγεθος 2-4μ. και είναι Gram αρνητικό μικρόβιο. Σ' αυτές οφείλονται ο τυφοειδής πυρετός, ο παράτυφος και οι σαλμονελλικές γαστρεντερίτιδες.

α) Τυφοειδής πυρετός: Μεταδίδεται με τα κόπρανα των αρρώστων ή των μικροβιοφόρων αμέσως από άνθρωπο σε άνθρωπο ή έμμεσα με τις μελυσματικές τροφές, όπως γάλα, τα άβραστα χόρτα, τα θαλασσινά κτλ. και με το νερό, που μολύνεται με τα λύματα υπονόμων και βόθρων, όταν αυτά χύνονται στο δίκτυο ύδρευσης.

Αιτιολογία: Ο τυφοειδής πυρετός οφείλεται στη *S. Typhosa* που είναι Gram αρνητικό βακτηρίδιο με κύρια αντιγόνα το βλεφαριδικό (H), το σωματικό (O), και το (VI) που υπάρχει στην επιφάνεια ορισμένων τοξικών μορφών. Η είσοδος των μικροβίων γίνεται από το πεπτικό. Από το έντερο τα μικρόβια με τα λεμφαγγεία φθάνουν στους λεμφαδένες και με το θωρακικό πόρο εισέρχονται στην κυκλοφορία. Κατά την περίοδο της μικροβιαϊμίας τα μικρόβια εγκαθίστανται στα ήπαρ, τη χοληδόχο κύστη, το σπλήνα, το μυελό των οστών, τους νεφρούς, το έντερο. Από την χοληδόχο κύστη με την χολή αποβάλλονται συνεχώς μικρόβια στο έντερο. Η εντόπιση των μικροβίων στο έντερο γίνεται αιματογενώς ή και με την χολή, κατά την 2η και 3η εβδομάδα γίνεται οξεία φλεγμονώδης επεξεργασία στο λεμφικό ιστό του εντέρου (Πανέριες πλάκες και λεμφοζίδια), στην συνέχεια γίνεται νέκρωση και τέλος

απόπτωση των εσχαρών και σχηματισμός ελκών.

Κλινική εικόνα: Η επίθεση της νόσου διαρκεί 3-40 ημέρες. Η νόσος χαρακτηρίζεται από πυρετό, γαστρεντερικές (διάρροϊκές κενώσεις, κοιλιακά άλγη, εμετοί, μετεωρισμός) και εγκεφαλικές (κεφαλαλγία, θόλωση διάνοιας κτλ.) διαταραχές και διάφορες συψαιμικές εκδηλώσεις (ροδάνθη). Ο πυρετός εισβάλλει συνήθως βαθμιαία. Διαρκεί 1-4 εβδομάδες ή και περισσότερο.

Συνήθως παρατηρείται μικρή διόγκωση του σπλήνα με μαλακή σύσταση. Η ροδάνθη αποτελείται από μικρές κηλίδες προς βλατίδες, με διάμετρο 2-5 mm που εξαφανίζονται με την πίεση, συνήθως εντοπίζονται στην κοιλιά και τον θώρακα και εμφανίζονται τις πρώτες ημέρες της νόσου.

Εργαστηριακά ευρήματα: Στο αίμα παρατηρείται λευκοπενία με σχετική αύξηση των λεμφοκυττάρων. Η οροαντίδραση Widal γίνεται θετική μετά την πρώτη εβδομάδα. Τις πρώτες 7-10 ημέρες η σαλμονέλλα του τύπου απομονώνεται με την καλλιέργεια αίματος. Στα κόπρανα η σαλμονέλλα βρίσκεται συχνότερα την 2η - 3η βδομάδα της νόσου και πολλές φορές η καλλιέργεια των κοπράνων παραμένει θετική επί βδομάδες ή και μήνες.

Εξέλιξη: Είναι συνήθως καλή. Οι τοπικές επιπλοκές της νόσου όπως η αιμορραγία και η διάτρηση του εντέρου είναι σπάνιες. Άλλες επιπλοκές, όπως βρογχίτιδα, πνευμονεφρίτιδα, οστεομυελίτιδα, αρθρίτιδα, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, ηπατίτιδα, χολοκυστίτιδα, μυοκαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα κτλ. είναι ακόμα σπανιότερες.

Θεραπεία: Φάρμακο εκλογής είναι η χλωραμφενικόλη.

Επίσης χορηγούνται για καλύτερα αποτελέσματα η αμπικιλλίνη, η τετρακυκλίνη και ο συνδυασμός τριμεθοπρίμης - σουλφομεθοξαζόλης. Σε βαρύ τύφο χορηγούμε κορτιζόνη στην αρχή της νόσου.

Προφύλαξη: Παίρονται γενικά και ατομικά μέτρα υγιεινής και καθαριότητας. Ο αντιτυφικός εμβολιασμός είναι αποτελεσματικός.

β) Παράτυφος Α και Β.

Αιτιολογία: Οφείλεται στην σαλμονέλλα παρατύφου Α και Β και σαλμονέλλα Chogerel - Suis.

Κλινική εικόνα: Επώαση 1-10 ημέρες. Μοιάζει με τον τυφοειδή πυρετό έχει όμως ελαφρότερη πορεία και μικρότερη διάρκεια.

Εργαστηριακά ευρήματα: Η καλλιέργεια αίματος είναι συνήθως θετική στο οξύ στάδιο της νόσου. Η οροαντίδραση Widal γίνεται θετική εναντίον των αντιγόνων Ο και Η της σαλμονέλλας παρατύφου Α και Β όπως στον τύφο.

Θεραπεία: Είναι ίδια με τον τυφοειδή πυρετό.

γ) Οξεία γαστρεντερίτις από σαλμονέλλες.

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

Εκδηλώνεται με πυρετό, εμέτους, διαροϊκές κενώσεις και κοιλιακά άλγη, συμπτώματα που διαρκούν συνήθως 3-4 ημέρες.

Θεραπεία: Αμπικιλλίνη και παρεντερική χορήγηση υγρών αν έχει προκληθεί αφυδάτωση.

Βουρκελλώσεις

Αιτιολογία: Η βρουκέλλα είναι Gram αρνητικό μικρόβιο μεγέθους 0,4 μ. Διακρίνουμε 3 είδη βρουκελλών: η Br melitensis, Br abortus και η Br Suis. Η Br melitensis βρίσκεται κυρίως στις κατσίκες και τα πρόβατα, η abortus στις αγελάδες και η Br Suis στους χοίρους. Η μετάδοση της νόσου γίνεται με επαφή με τα πάσχοντα ζώα, το περιβάλλον τους ή με το νηπό άβραστο γάλα και τα νηπά προϊόντα του. Το μικρόβιο εισέρχεται από την λύση της συνέχειας του δέρματος, του βλεννογόνου του πεπτικού και του αναπνευστικού. Με τα επιχώρια λεμφαγγεία εισέρχεται στην κυκλοφορία και εντοπίζεται στο Δ.Ε.Σ, όπως στους λεμφαδένες, στο μυελό των οστών, το ήπαρ, το σπλήνα. Πολλαπλασιάζεται ενδοκυττάρια και προκαλεί αντιδραστική παραγωγή μονοπύρηνων και επιθηλιοειδών κυττάρων και το σχηματισμό κοκκιοματωδών εστιών.

Κλινική εικόνα: Η επώαση της νόσου κυμαίνεται από 5-21 ημέρες. Η νόσος αρχίζει με φαινόμενα γενικά, αδιαθεσία, εύκολη κόπωση, κεφαλαλγία, αρθραλγίες, ή γενικευμένα άλγη, πυρετό και άφθονους ιδρώτες. Ο πυρετός πολλές φορές έχει κυματοειδή χαρακτήρα.

Εργαστηριακά ευρήματα: Η καλλιέργεια του αίματος είναι θετική περίπου σε 50% των περιπτώσεων. Η συγκολλητινοαντίδραση Wright επιβεβαιώνει την διάγνωση. Επίσης χρησιμοποιείται και η διαγνωστική μέθοδος ELISA.

Εξέλιξη: Η εξέλιξη της νόσου συνήθως είναι καλή. Οι κυριότερες επιπλοκές της είναι: αρθρίτιδα, οστεομελίτιδα,

περιτονίτιδα, πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, ορχίτιτιδα κτλ.

Θεραπεία: Φάρμακο εκλογής θεωρείται η τετρακυκλίνη σε συνδυασμό με στρεπτοψυκίνη. Τελευταία δοκιμάστηκε ο συνδυασμός τριμεθοπρίμης - σουλφαμεθοξαζόλης καθώς η ριφαμπικίνη με καλά αποτελέσματα.

ΠΑΙΔΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Η ψυματίωση οφείλεται στο βακίλλο του Koch, οι τύποι αυτοί που ενδιαφέρουν τον άνθρωπο είναι κυρίως ο ανθρώπινος και κατά δεύτερο λόγο ο βοείος.

Επιδημιολογία: Κύρια πηγή μόλυνσης αποτελεί κατά κανόνα ο ενήλικος που πάσχει από ενεργό πνευμονική ψυματίωση. Αντίθετα τα ψυματικά παιδιά δεν αποτελούν πηγή μόλυνσης. Επομένως όταν τίθεται η διάγνωση της παιδικής ψυματίωσης έχει βασική σημασία η ανεύρεση, απομόνωση και θεραπεία του πάσχοντος ενήλικου που συνήθως βρίσκεται στο περιβάλλον του παιδιού.

Η ανεύρεση του μικροβίου γίνεται με ακτινολογικό έλεγχο των ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού.

Ψυματινική υπερευαισθησία: Ονομάζεται η υπερευαισθησία που αναπτύσσει ο οργανισμός που ρολύνεται από το βακίλλο του Koch προς τις πρωτεΐνες του βακίλλου που περιέχονται στην ψυματίνη. Η ψυματινική υπερευαισθησία αναπτύσσεται μετά 4-8 εβδομάδες από την φυσική μόλυνση ή τον αντιψυματικό εμβολιασμό, ελέγχεται δε με την ψυματιναντίδραση Mantoux. Η ψυματιναντίδραση Mantoux συνίσταται στην ενδοδερμική ένεση 0,1 κυβ. εκ. διαλύματος κεκαθαρμένης ψυματίνης του Ινστιτούτου Pasteur. Σε θετική αντίδραση μετά 48-72 ώρες δημιουργείται διώθηση διαμέτρου τουλάχιστον 6 χιλιοστών στο σημείο της ένεσης.

Η ψυματινική υπερευαισθησία που διαρκεί επί αρκετά έτη υποδηλώνει εκτός από την μόλυνση με τον βράκιλλο του Koch και μετρίου βαθμού ανοσία προς την νόσο.

Ορισμένα λοιμώδη νοσήματα και κατ' εξοχήν η ιλαρά όπως και ο χορήγηση κορτικοστεροειδών και κυτταροστατικών φαρμάκων αρνητικοποιούν παροδικά την θετική ψυματοαντίδραση Mantoux.

Δείκτης διαμόλυνσης: Είναι το εκατοστιαίο ποσοστό ατόμων κάθε ηλικίας που έχει θετική αντίδραση Mantoux. Με την πάροδο της ηλικίας ο δείκτης διαμόλυνσης, όπως είναι φυσικό, αυξάνεται διότι όλο και περισσότερα άτομα μολύνονται. Σε μία χώρα θεωρείται ότι η ψυματίωση δεν αποτελεί υγειονομικό πρόβλημα όταν ο δείκτης διαμόλυνσης είναι κάτω του 1% σε ηλικία 14 ετών.

Μορφές παιδικής ψυματίωσης: Επειδή η ψυματίωση μεταδίδεται συνήθως με τα σταγονίδια που εισπνέονται, η πρώτη εγκατάσταση αυτών είναι συνήθως οι πνεύμονες. Πρωτοπαθής πνευμονική ψυματίωση: θεωρείται εκείνη στην οποία ο βάκιλλος αφού εγκατασταθεί στον πνεύμονα (συνηθέστερα στο μέσο δεξιό λοβό) δημιουργεί τοπική φλεγμονή την πρωτοπαθή εστία. Κατόπιν γίνεται διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων, αναπτύσσεται δηλ. επιχώριος λεμφαδενίτιδα.

Η πρωτοπαθής εστία με την σύστοιχο λεμφαδενίτιδα αποτελούν το πρωτοπαθές σύμπλεγμα.

Το πρωτοπαθές σύμπλεγμα σαν μόνη εκδήλωση, μπορεί να έχει την θετικοποίηση της ψυμαντιναντίδρασης Mantoux, ενώ άλλοτε μπορεί να συνοδεύεται με δεκατική πυρετική κίνηση και ανορεξία ή και πυρετό από 38-40 διάρκειας 7 ημερών μέχρι και ενός μηνός. Ακτινολογικώς, μπορεί να μην συνοδεύεται από ακτινολογικά σημεία ή αντιθέτως να δίνει

εμφανή ακτινολογικά στοιχεία.

Πυλαία αδενίτιδα χαρακτηρίζεται η απλή πρωτοπαθής πνευμονική ψυματίωση που στην ακτινογραφία είναι φανερή η διόγκωση των πυλαίων λεμφαδένων.

Παρατραχειακή αδενίτιδα χαρακτηρίζεται από διόγκωση των παρατραχειακών λεμφαδένων. Στην ακτινογραφία οι λεμφαδένες φαίνονται δίπλα στην τραχεία συνήθως δεξιά, και μοιάζουν με σκιά καπνοδόχου. Ως προς την πρόγνωση, στην παρατραχειακή αδενίτιδα είναι μεγαλύτερος ο κίνδυνος αιματογενούς διασποράς (πρόκληση κευχροειδούς ψυματίωσης, μηνιγγίτιδας και άλλων εξωπνευμονικών επιπλοκών). Η πρωτοπαθής εστία άλλοτε είναι εμφανής ακτινολογικώς και άλλοτε όχι.

Πνευμονικές επιπλοκές: Η πρωτοπαθής πνευμονική ψυματίωση, αν μείνει χωρίς θεραπεία μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές από τον πνεύμονα οι σπουδαιότερες από τις οποίες είναι: οι τμηματικές βλάβες, η τυφώδης πνευμονία, η ψυματιώδης πλευρίτιδα και η κευχροειδής ψυματίωση.

Οι τμηματικές βλάβες που ακτινολογικώς φαίνονται σαν ομοιογενείς και έντονες σκιάσεις, δημιουργούνται από τους διογκωμένους λεμφαδένες που αποφράσσουν παρακειμένους βρόγχους με αποτέλεσμα ατελεκτασία ή πύκνωση ή συνδυασμό αυτών στο αντίστοιχο τμήμα του πνεύμονα. Η απόφραξη των παρακειμένων βρόγχων γίνεται είτε από απλή πίεση (σπανιωτέρα) είτε από διάβρωση του βρόγχου και ανάπτυξη κοκκιοματώδους ιστού ενδοβρογχικώς (συχνότερα). Οι τμηματικές βλάβες κλινικώς εκδηλώνονται με πυρετό και ερεθιστικό βήχα, είναι συχνότερες σε παιδιά κάτω των 5 ετών.

Τυφώδης πνευμονία: Δημιουργείται από ρήξη μέσα στο βρόγχο τυροειδοποιημένου λεμφαδένα, οπότε το τυφώδες περιεχόμενο διασπείρεται στο σύστοιχο λοβό με αποτέλεσμα την ανάπτυξη πνευμονίας. Σπάνια η ενδοπνευμονική διασπορά είναι αιματογενής.

Φυματιώδης εξιδρωματική πλευρίτιδα: Όταν η πρωτοπαθής εστία αναπτυχθεί κοντά στον υπεζωκότα είναι δυνατό να ραγεί, οπότε το τυφώδες περιεχόμενο της διασπείρεται στην υπεζωκοτική κοιλότητα με αποτέλεσμα την δημιουργία εξιδρώματος, την εγκατάσταση αυτού στην υπεζωκοτική κοιλότητα και την δημιουργία πλευρίτιδας. Τα κυριώτερα συμπτώματα είναι δύσπνοια, γενική κακουχία, πυρετός, βήχας και πλευριτικός πόνος. Η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία, σημαντικά αυξάνεται στην εφηβική ηλικία και στα πρώτα χρόνια της ζωής του ενήλικου.

Η διάγνωση τίθεται από την χαρακτηριστική ακτινογραφία σε συνδυασμό με την θετική φυματιναντίδραση. Η πρόγνωση με την θεραπεία είναι καλή.

Κεγχροειδής πνευμονική φυματίωση: είναι συχνότερη και βαρύτερη στην βρεφική και παιδική ηλικία· προκαλείται όταν φυματιώδης εστία ραγεί εντός αιμοφόρου αγγείου οπότε το περιεχόμενό της, που περιέχει πολλούς βάκιλλους, διοχετεύεται στην κυκλοφορία και με την αίμα σπείρεται στους πνεύμονες και σε άλλα όργανα (οφθαλμοί, ήπαρ κτλ. - κεγχροειδή διασπορά). Έτσι αναπτύσσονται πολλαπλές φυματιώδεις εστίες - τα κεγχροειδή σωματίδια ή φυμάτια - στα σημεία εγκατάστασης των βακίλλων.

Κλινικώς η κεγχροειδής φυματίωση εκδηλώνεται με βαριά

γενική κατάσταση, υψηλό πυρετό, βήχα και ελαφρά δύσπνοια. Η ακτινογραφία θώρακα είναι τυπική με τις πολλαπλές μικρές εστίες που είναι σκορπισμένες και στα 2 ημιθώρακια και μοιάζουν σαν νιφάδες χιονιού. Στην διάγνωση εκτός από την ακτινογραφία βοηθάει και η ψυματιναντίδραση Mantoux, που μπορεί όμως να είναι αρνητική, ιδίως σε βαριές μορφές. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η οφθαλμοσκόπηση βοηθάει στην διάγνωση με την ανεύρεση ψυματίων στο βυθό των οφθαλμών.

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή αν διαγνωσθεί και θεραπευτεί έγκαιρα.

Άλλες μορφές παιδικής ψυματίωσης.

Επιπολής ψυματιώδης λεμφαδενίτιδα: Η συχνότερη μορφή επιπολής ψυματιώδους λεμφαδενίτιδας είναι η τραχηλική. Στην περίπτωση αυτή η πρωτοπαθής εστία βρίσκεται ή στον πνεύμονα, οπότε οι αδένες μολύνονται με τα λεμφαγγεία ή με τα αιμοφόρα αγγεία, ή στον φάρυγγα, πράγμα που συνέβαινε παλαιότερα όταν η μόλυνση γινόταν με το μολυσμένο γάλα αγελάδων, που έπασχαν από ψυματίωση. Σήμερα με την παστερίωση του γάλακτος και τον έλεγχο των αγελάδων η μορφή αυτή έχει περιορισθεί κατά πολύ.

Άλλες μορφές εξυπνευμονικής ψυματιώδους λεμφαδενίτιδας είναι η μασχαλιαία και βουβωνική που είναι σπάνιες.

Ψυματιώδης μηνιγγίτιδα: Η ψυματιώδης μηνιγγίτιδα αποτελεί την σοβαρότερη μορφή παιδικής ψυματίωσης, που ακόμη και σήμερα παρά την χρήση των αντιψυματικών φαρμάκων έχει υψηλό ποσοστό θνησιμότητας (περίπου 16%).

Εκτός αυτού όμως η μορφή αυτή της παιδικής φυματίωσης συχνά μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα διαφόρου βαθμού διανοητική καθυστέρηση.

Αναπτύσσεται συνήθως εντός των πρώτων μηνών από την πρωτολοίμωξη και είναι συχνότερη και βαρύτερη στις μικρότερες ηλικίες (κάτω των 3 ετών).

Οι βράκιλλοι εγκαθίστανται στο φλοιό και τις μηνιγγες κυρίως στις μηνιγγες γύρω από το εγκεφαλικό στέλεχος (βασική μηνιγγίτιδα).

Κλινική εικόνα: Χαρακτηρίζεται από 3 στάδια: 1 στάδιο χαρακτηρίζεται από αδιαθεσία και αλλαγή της ψυχικής διάθεσης του παιδιού που εκδηλώνεται με έλλειψη ενδιαφέροντος για παιχνίδι. Υπάρχει επίσης δεκαδική πυρετική κίνηση και με την πάροδο των ημερών προστίθενται έμετοι και κεφαλαλγία.

Το δεύτερο στάδιο που ακολουθεί μετά 7-10 ημέρες χαρακτηρίζεται από υπνηλία, μέτριο πυρετό, ευερεθιστότητα και προοδευτική εγκατάσταση αυχενικής σύσκαμψίας και γενικότερα μηνιγγιτιδικών σημείων. Μετά 7-10 ημέρες μεταπίπτει στο τρίτο στάδιο κατά το οποίο ο ασθενής πέφτει σε κώμα, εμφανίζει σπασμούς, υπερπυρεξία, διαταραχές της αναπνοής και μέσα σε λίγες ημέρες αν δεν αρχίζει θεραπεία καταλήγει σε κώμα.

Η διάγνωση της φυματιώδους μηνιγγίτιδας βασίζεται στην κλινική εικόνα, στην θετική φυματιναντίδραση και στα χαρακτηριστικά ευρήματα του ΕΝΥ (χαμηλό σάκχαρο, αυξημένο λευκίμα, αυξημένα κύτταρα που είναι κατά το πλείστον λεμφοκύτταρα μετά την 1η εβδομάδα). Η πρόγνωση εξαρτάται

από την ηλικία (βαρύτερη στις μικρότερες ηλικίες) και από την έγκαιρο διάγνωση και θεραπεία.

Άλλες μορφές παιδικής ψυματίωσης είναι η ψυματιώδης, περιτονίτιδα, η ψυματίωση των οστών και αρθρώσεων του ήπατος των νεφρών και άλλων οργάνων, που είναι σπάνιες.

Διάγνωση της παιδικής ψυματίωσης: Η διάγνωση των διαφόρων μορφών της παιδικής ψυματίωσης θα στηριχθεί στο ιστορικό την κλινική εικόνα, τα ακτινολογικά ευρήματα κάθε μορφής και στην ανεύρεση θετικής ψυματιναντίδρασης Mantoux. Θα πρέπει να τονισθεί εδώ ότι η θετική ψυματιναντίδραση Mantoux έχει απόλυτο αξία σε παιδιά κάτω των 4-5 ετών τόσο ώστε πρέπει να θεωρούνται ψυματικά και να υποβάλλονται σε ψυματική θεραπεία με το μοναδικό έστω εύρημα την θετική αντίδραση Mantoux. Σε μεγαλύτερα παιδιά η αξία της εξαρτάται από το πρόσφατο ή όχι της θετικοποίησης της και την ύπαρξη κλινικών και ακτινολογικών σημείων.

Στην διάγνωση της παιδικής ψυματίωσης βοηθάει επίσης η καλλιέργεια γαστρικού υγρού για βακίλλους σε περίπτωση πνευμονικής ψυματίωσης, η καλλιέργεια του SNT στην ψυματιώδη μηνιγγίτιδα και η βαθυσκόπηση στην κεγχροειδή ψυματίωση και ψυματιώδη μηνιγγίτιδα (δυνατή είναι η ανεύρεση ψυματιών στους βυθούς).

Πρόγνωση: Η πρόγνωση της παιδικής ψυματίωσης με εξαίρεση κυρίως την ψυματιώδη μηνιγγίτιδα είναι καλή εφ' όσον γίνει σωστή αντιψυματική αγωγή.

Θεραπεία: Κύρια αντιψυματικά φάρμακα είναι η στρεπτομυκίνη (STM) σε δόση 30-50 χιλιοστά ανά χιλιόγραμμο βάρους σώματος, ενδεδυμικώς μία φορά την ημέρα, η ισονιαζίδη

ή διανικιτόλη (INH) σε δόση 15-20 χιλ. ανά Χ ΒΣ ημερησίως σε 2 δόσεις και το π-αμινοσαλικυλικό οξύ (PAS) σε δόση 200-300 χιλ. ανά ΧΒΣ ημερησίως σε 3-4 δόσεις. Στα τελευταία χρόνια το PAS έχει αντικατασταθεί από την ριφαμπικίνη (RMP), που δίδεται σε δόση 10-15 χιλ. ανά Χ.Β.Σ μαζί με την INH. Υποβοηθητικά και σε βαριές περιπτώσεις δίδονται τα κορτικοστεροειδή (πρεδνιζόνη 12 χιλ. ανά Χ.Β.Σ ημερησίως). Η θεραπεία κάθε μορφής παιδικής φυματώσεως συνοπτικά έχει ως εξής:

Απλή πρωτοπαθής πνευμονική φυματίωση με ή χωρίς πυλαία ή παρατραχειακή αδενίτιδα: INH και RMP για 1 χρόνο.

Τμηματικές βλάβες: INH και RMP για ένα χρόνο κορτικοστεροειδή σε πλήρη δόση επί 1-2 μήνες και κατόπιν προοδευτική διακοπή για 1 περίπου μήνα.

Τυρώδης πνευμονία: INH και RMP για 1 χρόνο, STM και κορτικοστεροειδή για 1-2 μήνες.

Εξιδρωματική πλευρίτις: INH και RMP για 1 χρόνο κορτικοστεροειδή για 2-3 εβδομάδες σε πλήρη δόση και ύστερα προοδευτική διακοπή.

Κεγχροειδή φυματίωση, φυματιώδης περιτονίτις, φυματίωση οστών και αρθρώσεων, φυματίωση νεφρού: INH και RMP για 1/2 χρόνο, STM τον 1ο μήνα καθημερινώς, τον 2ο μήνα ανά 2η ημέρα και τον 3ο μήνα 2 φορές την εβδομάδα.. Σε βαριές περιπτώσεις μπορούν να δοθούν και κορτικοστεροειδή.

Επιπολής λεμφαδενίτις: INH και RMP για 12-18 μήνες. Ερυθρομικίνη (30-50 χιλ. ανά Χ.Β.Σ) για 2 εβδομάδες. Η χειρουργική εξαίρεση επιβάλλεται, αν η λεμφαδενίτιδα δεν υποχωρήσει σε 2 μήνες. Αν οι λεμφαδένες έχουν

τυροειδοποιηθεί, διανοίγονται και παροχετεύονται.

Φυματιώδης μηνιγγίτις: Όπως στην κεγχροειδή φυματίωση γίνονται καθημερινές οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις στις 10-15 πρώτες ημέρες με τις οποίες εξάγονται 15-20 κυβ. εκ. ΕΝΥ και ανακουφίζεται ο άρρωστος από την έντονη κεφαλαλγία. Εφ' όσον γίνεται οσφυονωτιαία παρακέντηση μπορεί να χορηγηθούν ενδοραχιαίως 20-25 χιλιοστά STM και υδροκορτιζόνη.

Προφύλαξη - Πρόληψη: Βασικής σημασίας για την πρόφύλαξη και τον περιορισμό της παιδικής φυματίωσης είναι η απομόνωση και θεραπεία των ενηλίκων πασχόντων και το αντιφυματικό εμβόλιο.

Ειδικότερα όταν τίθεται η διάγνωση φυματίωσης σ' ένα παιδί, πρέπει απαραίτητως να ελέγχονται ακτινολογικώς οι ενήλικες, του οικογενειακού περιβάλλοντός του παιδιά για την ανεύρεση της "εστίας μόλυνσης". Παράλληλα στα υπόλοιπα παιδιά του οικογενειακού περιβάλλοντος (αδέλφια και συγγενικά παιδιά) πρέπει να γίνεται η φυματιναντίδραση Mantoux. Αν αυτή βρεθεί θετική και συγχρόνως βρεθεί και εστία μόλυνσης στο περιβάλλον του παιδιού, θεωρείται, σαν προσφάτως θετική και επιβάλλεται θεραπεία για ένα χρόνο με INH ανεξαρτήτως ηλικίας. Αν βρεθεί εστία μόλυνσης στο περιβάλλον, τότε επιβάλλεται η παραπάνω θεραπεία σε παιδιά κάτω των 4-5 ετών.

Αν βρεθεί αρνητική και υπάρχει εστία μόλυνσης στο περιβάλλον, (αφού απομονωθεί ο πάσχων και αρχίσει αντιφυματική θεραπεία), γίνεται χημειοθεραπεία με INH για 3 μήνες, οπότε ελέγχεται ξανά η φυματιναντίδραση. Αν βρεθεί θετική, συνεχίζεται η θεραπεία για 3 μήνες ακόμη. Αν είναι

αρνητική γίνεται το αντιψυματικό εμβόλιο.

Παιδί στο οποίο η ψυματιναντίδραση Mantoux έχει θετικοποιηθεί στους τελευταίους 12 μήνες (εψ' όσον τούτο είναι γνωστό) υποβάλλεται σε χημειοπροφύλαξη με INH ανεξαρτήτως ύπαρξης ή μη ακτινολογικών ευρημάτων.

Παιδιά τα οποία έχουν θετική ψυματιναντίδραση και υποβάλλονται σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή για άλλη αιτία (π.χ. ρευματοειδή αρθρίτιδα) ή πάσχουν από ιλαρά, κοκκύτη ή μη καλό ρυθμιζόμενο διαβήτη υποβάλλονται σε προφυλακτική θεραπεία με INH για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών.

Εφηβοί με θετική ψυματιναντίδραση υποβάλλονται σε προφυλακτική θεραπεία με INH επί 3-6 μήνες.

Τέλος πρέπει να τονισθεί ότι, για την αποτελεσματική πρόληψη της παιδικής ψυματίωσης, πρέπει όλα τα παιδιά ηλικίας μέχρι 10 ετών να υποβάλλονται στον έλεγχο της ψυματιναντίδρασης Mantoux ανά 6-12 μήνες. Εψ' όσον η ψυματιναντίδραση βρεθεί θετική κατά την διάρκεια της ηλικίας αυτής, πρέπει να γίνεται θεραπεία με INH για ένα χρόνο. Εάν στην ηλικία των 10 περίπου ετών εξακολουθεί να παραμένει αρνητική, τότε γίνεται το αντιψυματικό εμβόλιο.

ΚΕΦ. ΔΕΥΤΕΡΟ

Ιογενή λοιμώδη νοσήματα

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

Τα σπουδαιότερα και συχνότερα ιογενή λοιμώδη νοσήματα είναι:

α) Ιλαρά.

Αιτιολογία: Η ιλαρά οφείλεται σε ιό, που υπάρχει στον ρινοφάρυγγα κατά το πρόδρομο στάδιο της νόσου και ως την 7η μέρα της εκδήλωσης της νόσου. Θύρα εισόδου του ιού είναι το αναπνευστικό και προσβάλλονται οι βλεννογόνοι κυρίως της στοματικής - φaryγγικής κοιλότητας, των βρόγχων, το δέρμα, οι επιπεφυκότες. Την 3-7η ημέρα από την μόλυνση ανιχνεύεται η ιαιμία. Τα βρέφη μέχρι την ηλικία των 6 μηνών έχουν ανοσία που εξαφανίζεται μετά τον 8ο μήνα της ζωής. Η νόσος έρχεται κατά επιδημίες και προσβάλλονται τα επίνοσα άτομα.

Κλινική εικόνα: Η επώαση της ιλαράς διαρκεί 10-12 ημέρες. Η νόσος εκδηλώνεται με πυρετό, έντονο ξηρό βήχα, καταρροϊκά φαινόμενα (ρινίτιδα, επιπεφυκίτιδα κτλ.). Την 2-3η ημέρα εμφανίζονται οι κηλίδες Koplik και το εξάνθημα. Οι κηλίδες Koplik είναι λευκωπά στίγματα σαν κόκκοι άμμου

με ερυθρή άλω και συνήθως εντοπίζονται στην εσωτερική επιφάνεια των παρειών. Εξαφανίζονται σε 2-3 ημέρες. Το εξάνθημα χαρακτηρίζεται από κατά τόπους διάχυτη ερυθρότητα, πολλές φορές με αιμορραγικές διαστίξεις στην σκληρή ή την μαλακή υπερώα. Το εξάνθημα εμφανίζεται την 3η-4η και μέχρι την 7η ημέρα και χαρακτηρίζεται από ερεθρές βλατίδες που μεγενθύνονται και συρρέουν, αφήνουν όμως μεταξύ τους περιοχές υγιούς δέρματος. Το εξάνθημα εμφανίζεται στην οπισθοωτιαία χώρα, τον τράχηλο, τις παρειές και καταλαμβάνει ολόκληρο το πρόσωπο. Στην συνέχεια επεκτείνεται στο θώρακα και τα άνω άκρα. Ο πυρετός εμφανίζει άνοδο και φθάνει στο μέγιστο ύψος του κατά την ακμή του εξανθήματος. Μετά 2-3 ημέρες από την πτώση του πυρετού, το εξάνθημα εξαφανίζεται κατά την σειρά της εμφάνισέως του αφήνοντας καφεοειδή απόχρωση. Μερικές φορές παρατηρείται πιτυρώδης απολέπιση ουδέποτε όμως επεκτείνεται στις παλάμες και τα πέλματα.

Επιπλοκές: Οι κυριότερες επιπλοκές της νόσου είναι από το αναπνευστικό, όπως η ωτίτιδα, η λαρυγγίτιδα, η βρογχίτιδα, η βρογχοπνευμονία και από το Κ.Ν.Σ η εγκεφαλίτιδα. Η εγκεφαλίτιδα είναι σπάνια επιπλοκή, παρατηρείται σε ποσοστό 1/1000 περόπου των περιπτώσεων. Η υποξεία σκληρυντική πανεγκεφαλίτιδα του Dawson αποδίδεται στον ιό της ιλαράς, ο οποίος πιθανόν λόγω διαταραχής της κυτταρικής ανοσίας, παραμένει στους ιστούς του εγκεφάλου για χρόνια. Σπάνιες επιπλοκές της ιλαράς είναι η θρομβοπενική πορφύρα, τα κοιλιακά άλγη, η διάρροια, η σκληροκοειδίτιδα, η μυοκαρδίτιδα κλπ. Κατά την διάρκεια της

νόσου αρνητικοποιείται η τυχόν θετική ψυματινοαντίδραση και παραμένει αρνητική για 2-6 εβδομάδες.

Διάγνωση: Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό, τον επίμονο βήχα και τα ευρήματα του αναπνευστικού. Η ανέρευση των κηλίδων Korlik και του εξάνθηματος επιβεβαιώνουν την διάγνωση πριν εμφανιστεί το εξάνθημα.

Θεραπεία και πρόληψη: Η θεραπεία της ιλαράς είναι συμπτωματική. Στις βαριές μορφές μπορεί να χορηγηθεί υπεράνοση γ-σφαιρίνη. Προφυλακτικώς προς τροποποίηση της νόσου γίνεται στις πρώτες 6 ημέρες μετά την επαφή με τον πάσχοντα κοινή γάμμα σφαιρίνη (0,05ml/kg EM). Για πλήρη αποφυγή της νόσου γίνεται υπεράνοση γάμμα σφαιρίνη (0,2 ml/kg) τις πρώτες ημέρες από την μόλυνση. Ο προφυλακτικός εμβολιασμός είναι αποτελεσματικός και ακίνδυνος και πρέπει να γίνεται μετά τον 12ο μήνα για να έχει επιτυχία.

β) Ερυθρά.

Αιτιολογία: Η ερυθρά οφείλεται σε ιό. Ο ιός της ερυθράς βρίσκεται στο αίμα των πασχόντων 1-2 ημέρες πριν και μετά την εμφάνιση του εξανθήματος, και στις εκκρίσεις του ρινοφάρυγγα μία εβδομάδα πριν και μία εβδομάδα μετά την εμφάνιση του εξανθήματος.

Κλινική εικόνα: Η επώαση της νόσου διαρκεί 12-21 ημέρες. Η νόσος εκδηλώνεται με πυρετό, εξάνθημα ιλαροειδές και διόγκωση των οπισθοωτιαίων, οπισθοϊνιακών και οπισθοαυχενικών λεμφαδένων. Το εξάνθημα εμφανίζεται στο πρόσωπο και με μία ημέρα περίπου επεκτείνεται στον τράχηλο, τον κορμό και τα άκρα. Αποτελείται από κηλιδοβγατιδωδή στοιχεία μικρότερα και αραιότερα της ιλαράς που δεν συρρέουν. Η ερυθρά αφήνει μόνιμη ανοσία. Το βρέφος κατά τους πρώτους μήνες (5-6) της ζωής του παρουσιάζει ανοσία, εφόσον η μητέρα έχει ανοσία στην ερυθρά.

Πρόγνωση: Η εξέλιξη της νόσου σχεδόν είναι πάντα καλή. Οι επιπλοκές είναι σπάνιες όπως η θρομβοπενική πορφύρα, η αρθρίτιδα, η εγκεφαλίτιδα. Έχει παρατηρηθεί και η προϊούσα πανεγκεφαλίτιδα (παρεγκεφαλιδική αταξία, σπασμοί, σπαστικότητα, έκπτωση πνευματικών λειτουργιών).

Εμβρυοπάθεια προκαλείται αν προσβληθεί η έγκυος γυναίκα κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Ανάλογα με το χρόνο της ιαιμίας μπορούν να εμφανιστούν οι εξής επιπλοκές: 1) ακουστικές (κώφωση έσω ωτός), 2) καρδιακές (συγγενή καρδιοπάθεια), 3) οφθαλμικές (καταρράκτης, μικροφθαλμία), 4) εγκεφαλικές (διανοητική καθυστέρηση, μικροκεφαλία, υδροκεφαλία).

Θεραπεία και προφύλαξη: Η θεραπεία της νόσου είναι συμπτωματική. Κυκλοφορεί εμβόλιο εναντίον της ερυθράς που είναι ζωντανός εξασθενημένος ιός. Γίνεται σε μία δόση υποδορίως σε κορίτσια ηλικίας κάτω από 13 χρονών. Ο εμβολιασμός πρέπει να γίνεται 3 μήνες τουλάχιστον πριν από την αναμενόμενη κύηση. Το εμβόλιο είναι ακίνδυνο, οι επιπλοκές του είναι σπάνιες και ελαφρές, όπως η αρθρίτιδα.

γ) Παρωτίτις.

Αιτιολογία επιδημιολογία: Οφείλεται στον 10 "Μίχονιγους parotiditis" που ανήκει στους βλεννοϊούς. Η μεταδοτικότητα της νόσου αρχίζει 7 ημέρες περίπου πριν την έναρξη της νόσου και παρατείνεται 6-9 ημέρες μετά απ' αυτήν. Γίνεται από άνθρωπο σ' άνθρωπο με την επαφή, τα σταγονίδια ή με μολυσμένα αντικείμενα. Προσβάλλει όλες τις ηλικίες κυρίως όμως τις μεταξύ 5-10 χρόνων. Το βρέφη μέχρι 6-8 μηνών έχουν ανοσία που πήραν παθητικά από την μητέρα τους.

Κλινική εικόνα: Μετά την επώαση 14-21 ημερών η νόσος εκδηλώνεται με γενικά φαινόμενα (πυρετό, ανορεξία, κεφαλαλγία κτλ.) και τοπικά από την επώδυνη διόγκωση των παρωτίδων. Η διόγκωση των παρωτίδων εμφανίζεται το πρώτο 24h, εντοπίζεται μεταξύ του οπίσθιου άκρου της κάτω γνάθου και της μαστοειδούς απόφυσης και κάτω από το λοβίο του αυτιού. Είναι μαλακή, επώδυνη, αυξάνει προοδευτικά και φθάνει το μέγιστο μέσα σε 1-3 ημέρες. Συνήθως συνοδεύεται από χαρακτηριστικό χαλαρό οίδημα του υπερκείμενου και του παρακείμενου δέρματος. Μετά 1-2 ημέρες διογκώνεται και η άλλη παρωτίτιδα. Ο πυρετός διαρκεί συνήθως 1-6 ημέρες. Σε 25% των περιπτώσεων προσβάλλεται η μία μόνο παρωτίτιδα. Σε 30-40% των περιπτώσεων η λοίμωξη παραμένει αφανής.

Εργαστηριακά ευρήματα: Στο αίμα παρατηρείται λευκοπενία με λεμφοκυττάρωση. Η αμυλάση του ορού αίματος αυξάνει παράλληλα με την διόγκωση των αδένων. Διάφορες οροαντιδράσεις (δέσμευσης συμπληρώματος, αναστολής, αιμοσυγκολλησεως, εξουδετερώσεως του ιού) γίνονται θετικές. Τέλος για διαπίστωση της λοίμωξης μπορεί να χρησιμοποιηθεί

δερματοαντίδραση (όπως η Mantoux), με την οποία ελέγχεται η ύπαρξη της υπερευαισθησίας.

Επιπλοκές: α) Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα είναι πολύ συχνή. Τα αγόρια προσβάλλονται 3-5 φορές συχνότερα από τα κορίτσια. Χαρακτηρίζεται από κεφαλαλγία, πυρετό, ακαμψία αυχένος, εμετούς, διεγέρσεις, ληθάργοι και σπασμοί. Μετά 3-10 ημέρες τα φαινόμενα υποχωρούν. Θάνατος είναι σπάνιος.

β) Ορχίτιδα (εφήβων και ενηλίκων). Σε 80% των περιπτώσεων η ορχίτιδα συνοδεύεται και από επιδιδορίτιδα. Εμφανίζεται 7-15 ημέρες μετά την προσβολή των σιαλογόνων αδένων. Είναι συνήθως ετερόπλευρος (80%). Προκαλούν ισχυρό πόνο και διόγκωση του οργάνου. Σε 50% ο όρχις ατροφεί. Η αμφοτερόπλευρη ορχίτιδα είναι σπάνια και ακόμη σπάνια είναι η στέρωση.

γ) Ωοθηκίτιδα (εφήβων και ενηλίκων). Εκδηλώνεται με πόνο στο λαγόνιο βόθρο, πυρετό, ναυτία και εμετούς).

δ) Παγκρεατίτιδα. Χαρακτηρίζεται από πόνο και ευαισθησία στο επιγάστριο με γενικά φαινόμενα όπως πυρετό, εμετούς κτλ. Άλλες σπάνιες επιπλοκές της νόσου είναι η θυροειδίτιδα, η αρθρίτιδα, η κώφωση, η θρομβοπενική πορφύρα κτλ. που είναι παροδικές εκτός από την κώφωση. Μετά την αποδρομή της η νόσος αφήνει ισόβια ανοσία.

Διάγνωση: Είναι εύκολη. Δυσκολία παρατηρείται όταν εντοπίζεται η νόσος στους υπογνάθιους και υπογλώσσιους αδένες. Η διαφορική διάγνωση της νόσου γίνεται από την οξεία τραχηλική αδενίτιδα, και σπανιότατα την πυώδη παρωτίτιδα την υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα κτλ.

Θεραπεία: Είναι συμπτωματική. Σε μηνιγγοεγκεφαλίτιδα με

έντονο κεφαλαλγία και εμετούς μπορεί να έλθει βελτίωση με την Ο.Ν.Π. Σε ορχίτιδα χορηγούμε κορτικοειδή. Έτσι ελαττώνεται το άλγος, το οίδημα υποχωρεί, δεν είναι όμως βέβαιο ότι προλαμβάνεται η ατροφία του όρχεος. Για την πρόληψη της ορχίτιδας από την παρωτίτιδα, στους ενήλικους, χορηγούνται μεγάλες δόσεις υπεράνοσης γ-σφαιρίνης (παρωτίτιδας). Γίνεται προφυλακτικός εμβολιασμός απλός ή μαζί με το εμβόλιο ιλαράς και ερυθράς.

δ) Ανεμοβλογιά.

Αιτιολογία: Η ανεμοβλογιά οφείλεται στον ιό Herpesvirus Varicella που έχει μέγεθος 200mμ περίπου και είναι εξαιρετικά μεταδοτική νόσος.

Κλινική εικόνα: Η επώαση της νόσου διαρκεί 14-16 ημέρες. Εκδηλώνεται με πυρετό, αδιαθεσία και εξάνθημα. Ο πυρετός και το εξάνθημα συνήθως εκδηλώνονται συγχρόνως και ακολουθούν την ίδια πορεία. Το εξάνθημα της ανεμοβλογιάς αποτελείται από μικρές βλατίδες που γρήγορα γίνονται φουσαλίδες και τελικά μεταβάλλονται σε εφελκίδες. Το εξάνθημα εμφανίζεται πρώτα στον κορμό και στην συνέχεια στο πρόσωπο, το τριχωτό της κεφαλής και αργότερα στα άκρα, δηλ. το εξάνθημα έχει κεντρομόλο κατανομή. Το χαρακτηριστικό του εξανθήματος είναι οι διαδοχικές εκθύσεις ώστε σε δεδομένη στιγμή να παρατηρείται πολυμορφία του εξανθήματος από βλατίδες μέχρι και εφελκίδες. Μετά την απόπτωση των εφελκίδων παραμένει μία ρόδινη και στην συνέχεια λευκή εισοχή του δέρματος και συνήθως δεν παραμένει ουλή.

Εξέλιξη: Η ανεμοβλογιά εξελίσσεται καλά. Συνήθως είναι ελαφριά και διαρκεί 1-2 ημέρες. Σε παιδιά που υποβάλλονται σε θεραπεία με κορτιζόνη και κυρίως όταν πάσχουν από λευχαιμία, η ανεμοβλογιά μπορεί να έχει βαριά εξέλιξη, το εξάνθημα είναι εκτεταμένο, και αιμορραγικό, και συχνά παρατηρούνται πνευμονία με αμφοτερόπλευρες πνευμονικές διηθήσεις, ηπατίτιδα κτλ. Βαριά σχετικά είναι η νόσος στους ενήλικους στους οποίους μπορεί να προκληθεί και πνευμονία. Οι κυριότερες επιπλοκές της νόσου είναι: 1) επιμόλυνση, 2) εγκεφαλίτιδα σε συχνότητα μία σε 1000 περιπτώσεις περίπου

(συνηθέστερη μορφή της είναι η παρεγκεφαλίτιδα με σχετικά καλή πρόγνωση), 3) θρομβοπενική πορφύρα, το σύνδρομο ενδαγγειακής πήξης κτλ.

Διάγνωση: Η διάγνωση συνήθως είναι εύκολη.

Θεραπεία και πρόληψη: Για θεραπεία των βαριών μορφών και την πρόληψη της νόσου χρησιμοποιείται ειδική ανοσοσφαιρίνη.

ε) Έρπης ζωστήρας.

Αιτιολογία: Ο έρπης ζωστήρας οφείλεται στον ιό *Herpesvirus Varicella* δηλ. τον ίδιο αιτιολογικό παράγοντα της ανεμοβλογιάς. Για την κοινή αιτιολογία των δύο αυτών νόσων συνηγορούν τα εξής: 1) μορφολογικά οι αιτιολογικοί παράγοντες συμπίπτουν, 2) η δράση τους στις ιστοκαλλιέργειες *in Vivo* είναι η ίδια, 3) οι παθογόνοι παράγοντες που απομονώνονται και στις δύο νοσηρές καταστάσεις συμπίπτουν αντιγονικά, 4) με το υγρό της φυσαλίδας του έρπητα στα επίνουσα παιδιά προκαλείται ανεμοβλογιά, 5) σε επιδημίες ανεμοβλογιάς παρατηρούνται κρούσματα έρπητα ζωστήρα.

Φαίνεται ότι η ανεμοβλογιά και ο έρπης ζωστήρας είναι διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις του ίδιου αιτιολογικού παράγοντα. Ίσως ο έρπης ζωστήρας να προσβάλλει άτομα που παρουσιάζουν ατελή ανοσία στον ιό, γιατί εμφανίζεται σε ενήλικους που συνήθως πέρασαν ανεμοβλογιά πριν πολλά χρόνια. Ο τρόπος που μεταδίδεται η νόσος είναι άγνωστος. η κύρια εντόπιση της νόσου είναι τα γάγγλια των οπίσθιων ριζών, που αντιστοιχούν στην περιοχή του δέρματος με το χαρακτηριστικό εξάνθημα. Η νόσος είναι σποραδική και προσβάλλει κυρίως ενήλικους 40-70 χρόνων, παρατηρείται όμως και σε παιδιά ακόμα και βρέφη.

Κλινική εικόνα: Η επώαση της νόσου είναι βραχύτερη της ανεμοβλογιάς. Η νόσος εκδηλώνεται με αισθητικές διαταραχές, πόνο και παραισθησίες στην περιοχή που νεκρώνεται από το προσβλημένο νεύρο. Οι αλλοιώσεις είναι ετερόπλευρες. Έχουν χαρακτηριστική ταινιοειδή κατανομή και εντοπίζονται στο

θώρακα, την κοιλιά, την περιοχή του τριδύμου και τα γεννητικά όργανα. Το εξάνθημα αποτελείται από βλατίδες, που γίνονται φουσαλίδες και τέλος εφελκίδες. Συχνά παρατηρούνται γενικά φαινόμενα, όπως πυρετός και αδιαθεσία.

Εξέλιξη: Η εξέλιξη της νόσου συνήθως είναι καλή. Συνηθέστερες επιπλοκές της είναι οι επιμολύνσεις, η κερατίτιδα με θόλωση του κερατοειδούς, αν προσβληθεί ο οφθαλμικός κλάδος του τριδύμου και σπανιότατα η παροδική παράλυση στην πάσχουσα περιοχή.

Διάγνωση: Η διάγνωση της νόσου μετά την εμφάνιση του εξανθήματος είναι εύκολη.

Θεραπεία: Η θεραπεία είναι συμπτωματική. Έχει παρασκευασθεί εμβόλιο για τον έρπητα ζωστήρα που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί προληπτικά και για την ανεμοβλογιά. Επίσης χρησιμοποιείται και η ειδική ανοσοσφαιρίνη εναντίον του ιού.

στ) Έρπης απλός.

Αιτιολογία: Ο απλός έρπητα οφείλεται σε ιό που ανήκει στην ίδια ομάδα με τον ιό της ανεμοβλογιάς. Έχει διάμετρο 100-130 nm και η μετάδοσή του στον άνθρωπο γίνεται με άμεση επαφή.

Κλινική εικόνα: Η επώαση της νόσου είναι βραχεία. Διαρκεί 4-7 ημέρες. Ανάλογα με τον εντόπιση του ιού παρατηρούνται οι εξής μορφές της νόσου.

1. Έρπης δέρματος: Η είσοδος του ιού γίνεται από λύση της συνέχειας του δέρματος. Είναι δυνατόν να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του δέρματος, συνήθως όμως βρίσκεται στα βλεννοδερματικά όρια και μάλιστα του στόματος και τότε ονομάζεται επιχείλιος έρπης. Χαρακτηρίζεται από άθροισμα φυσαλίδων με λεπτό τοίχωμα, σε ερυθρηματώδη βάση, που κάνουν ερελκίδες και τελικά ιώνται χωρίς να αφήνουν ουλή.

2. Οξεία ερπητική ουλοστοματίτιδα: Στην στοματοφαρυγγική κοιλότητα εμφανίζεσασ άφθες δηλ. υποστρόγγυλες, λευκιπές πλάκες ή εξελκώσεις που περιβάλλονται από ερυθρή άλω. Τα ούλα διογκώνονται, γίνονται κατακόκκινα και αιμορραγούν εύκολα. Οι επιχώριοι λεμφαδένες διογκώνονται και είναι επώδυνοι. Παρατηρείται σιαλόρροια, πόνος και πυρετός που διαρκεί μέχρι 7 ημέρες. Σε σπάνιες περιπτώσεις, κυρίως στα βρέφη η κατάσταση είναι βαριά, συνοδεύεται από τοξικά φαινόμενα και αφυδάτωση και διαρκεί μέχρι 2 εβδομάδες.

3. Οξεία ερπητική αιδιοκολπίτιδα: Στην περιοχή του αιδίου σχηματίζονται αβαθή λευκιπά έλκη που συνοδεύονται από πόνο, οίδημα, ερυθρότητα και πυρετό. Τα γενικά

φαινόμενα διαρκούν μία εβδομάδα και τα έλκη ιώνται κατά την τρίτη εβδομάδα.

4. Ερπητικό έκζεμα: Σε εκζεματική επιφάνεια του δέρματος παρατηρούνται ψυσαλίδες που σε λίγες μέρες σπάνε και μεταβάλλονται σε εφελκίες. Οι αλλοιώσεις αυτές πολλές φορές συρρέουν και προκαλούνται εκτεταμένες αποπτώσεις της επιδερμίδας. Συχνά συνυπάρχουν γενικά φαινόμενα όπως πυρετός, ανησυχία και μερικές φορές βαριά γενική κατάσταση με αφυδάτωση.

5. Οξεία κερατοπιπεφυκίτιδα: Στον κερατοειδή παρουσιάζονται επιπόλεια έλκη, σαν δενδρίτης που συνοδεύονται από έντονη φωτοφοβία και ελάττωση της όρασης. Ο επιπεφυκότας είναι κατακόκκινος, οιδηματώδης με πυώδες εξίδρωμα.

6. Οξεία ερπητική μηνιγγοεγκεφαλίτιδα: Είναι σπάνια κλινική εκδήλωση του απλού έρπητα, που εκδηλώνεται σαν άσπρη μηνιγγίτιδα, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, ή σαν εγκεφαλίτιδα. Στο E.N.Y βρίσκεται αύξηση των κυττάρων με επικράτηση των λεμφοκυττάρων.

7. Γενικευμένος έρπητας: Συνήθως εκδηλώνεται στο τέλος της πρώτης εβδομάδας του νεογνού με βαριά γενική κατάσταση. Δεν γνωρίζουμε για ποιο λόγο συμβαίνει αυτή η βαριά μορφή.

Θεραπεία: Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Στην ερπητική ουλοστοματίτιδα γίνονται πλύσεις με αντισηπτικά και εφαρμόζονται τοπικά αναισθητικά Xylocaine ή Benjocaine. Στην κερατοεπιπεφυκίτιδα ενσταλλάζεται ανά 24ωρο κολλυριο 5-iodo-2-deoxyridine και αποφεύγεται η χρησιμοποίηση της κορτιζόνης. Σε βαριές μορφές και γενικά φαινόμενα, δυσκολία

σίτισης και αρυδατώσης γίνεται παρεντερική χορήγηση υγρών.

ζ) Ευλογιά.

Αιτιολογία: Η ευλογιά οφείλεται στον ιό της ευλογιάς (*Pox virus variolae*) με μέγεθος 200-300 nm περίπου. Μεταδίδεται αμέσως από τον πάσχοντα αλλά και εμμέσως με τα κλινοσκεπάσματα, την σκόνη, διάφορα σκεύη. Τα τελευταία χρόνια δεν σημειώθηκε περίπτωση ευλογιάς σ' όλο τον κόσμο.

Κλινική εικόνα: Η επώαση της νόσου έχει μέση διάρκεια 8-16 ημέρες. Η νόσος εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό και βαριά γενική κατάσταση. Στο πρόδρομο στάδιο που διαρκεί 2-4 ημέρες εμφανίζεται εξάνθημα ιλαροειδές ή οστρακιώδες και εξαφανίζεται σε 1-2 ημέρες. Το εξάνθημα συνήθως εμφανίζεται την 3-4 ημέρα της νόσου, αποτελείται από κηλίδες που σε λίγες ώρες μεταβάλλονται σε βλατίδες και αυτές σε 2 ημέρες (την 6η περίπου ημέρα της νόσου) μεταβάλλονται σε φυσαλίδες, αυτές μετά από 1-3 ημέρες (την 8η περίπου ημέρα της νόσου) μεταβάλλονται σε ομφαλωτές φλύκταινες. Οι φλύκταινες σε 2-3 ημέρες αρχίζουν να αποξηραίνονται και σε λίγες ημέρες (την 14η περίπου ημέρα της νόσου) μεταβάλλονται σε εφελκίδες που αποπίπτουν σε 1-2 εβδομάδες. Μετά την απόπτωσή τους συνήθως παραμένει η χαρακτηριστική ουλή. Το εξάνθημα στην αρχή εμφανίζεται στο πρόσωπο, τα αντιβράχια και επεκτείνεται στους βραχίονες, τον κορμό και τα κάτω άκρα.

Παρουσιάζει ομοιόμορφη εξέλιξη. Ο πυρετός μετά μία παροδική κάμψη την 3η-4η ημέρα της νόσου, παραμένει χαμηλός για λίγες μέρες και ανέρχεται σε υψηλές θερμοκρασίες κατά το φλυκταινώδες στάδιο.

Πρόγνωση: Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει. Στις βαριές

μορφές 10% των περιπτώσεων καταλήγει άσχημα. Κυριότερες επιπλοκές της νόσου είναι οι επιπρόσθετες λοιμώξεις και η εγκεφαλίτιδα.

Διάγνωση: Μετά την εμφάνιση του εξανθήματος η διάγνωση είναι εύκολη.

Θεραπεία και προφύλαξη: Θεραπεία δεν υπάρχει. Ο ασθενής απομονώνεται σε νοσοκομείο και χορηγείται υπεράνοση γ-σφαιρίνη και αντιβιοτικά για την πρόληψη των δευτεροπαθίων λοιμώξεων. Το καλύτερο προφυλακτικό μέτρο εναντίον της ευλογιάς είναι ο δαμαλισμός. Μερικοί θεωρούν ότι η σύγχρονη χορήγηση μικρής δόσης αντιδαμαλικής ανοσοσφαιρίνης έχει προφυλακτική επίδραση στην μεταδαμαλιτική εγκεφαλίτιδα. Το ποσοστό εγκεφαλίτιδας στο δαμαλισμό είναι περίπου 1:100.000. Καλύτερη ηλικία διενέργειας του δαμαλισμού είναι μεταξύ 1 και 2 χρονών. Σήμερα έχει εγκαταλειφθεί ο συστηματικός δαμαλισμός και στην Ελλάδα.

η) Αιφνίδιο εξάνθημα ή 6η νόσος.

Αιτιολογία: Η νόσος οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα σε ιό.

Κλινική εικόνα: Η επώαση της νόσου κυμαίνεται από 7-14 ημέρες. Εμφανίζεται απότομος υψηλός πυρετός που διαρκεί 3-4 ημέρες. Με την πτώση του πυρετού εμφανίζεται εξάνθημα, κηλιδώδες ή κηλιβλατιδώδες, όπως της ερυθράς ή της τροποποιημένης ιλαράς και παραμένει 24 ώρες περίπου. Σπάνια παρατηρείται κυνάγχη, ρινίτιδα, μικρή διόγκωση των λεμφαδένων, καταρροϊκή ωτίτιδα, κτλ. Εγκεφαλίτιδα παρατηρείται εξαιρετικά σπάνια.

Θεραπεία: Η θεραπεία της νόσου είναι συμπτωματική.

ε) Πολιομυελίτιδα.

Η πολιομυελίτιδα ή οξεία πρόσθια πολιομυελίτιδα ή παιδική παράλυση ή επιδημική παράλυση είναι οξεία λοιμώδης νόσος από ιό που προσβάλλει εκλεκτικά τα μεγάλα κινητά κύτταρα που είναι στα μπροστινά εράτα του νωτιαίου μυελού και που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα λοίμωξης και από παραλύσεις σε διάφορες μυϊκές ομάδες.

Αιτιολογία: Η νόσος οφείλεται στον ιό της πολιομυελίτιδας ή poliovirus που είναι πολύ μικρός στο μέγεθος και που διακρίνεται τουλάχιστον σε 3 τύπους, με διαφορετική αντιγονικότητα= ο τύπος 1 ή του Brunehilde, ο τύπος 2 ή του Lansing και ο τύπος 3 ή του Leon.

Επιδημιολογία: Η πολιομυελίτιδα μεταδίδεται από το πεπτικό σύστημα και λιγώτερο από το αναπνευστικό. Ο ιός της νόσου διαπερνάει από τον βλεννογόνο του αναπνευστικού ή του πεπτικού κι από εκεί προχωράει μάλλον κατά μήκος των νεύρων και φθάνει το Κ.Ν.Σ ή τον νωτιαίο μυελό, χωρίς αυτό να είναι απόλυτα διευκρινισμένο. Αντίστροφα, ο ιός αποβάλλεται για 1 εβδομάδα από την εισβολή της νόσου απ' τον στοματοφάρυγγα, ενώ η αποβολή του απ' το πεπτικό, με τα κόπρανα, σταματάει μόνο 3 ή και πιά πολλές εβδομάδες απ' την αρχή της νόσου ή κι από το στάδιο επώασής της.

Είναι συνηθισμένο η νόσος να προσβάλλει παιδιά 2-3 χρόνων, χωρίς να αποκλείονται και οι ενήλικες, ενώ οι επιδημίες της είναι πιά συχνές την άνοιξη και το φθινόπωρο.

Με τον εμβολιασμό ή πρόληψη είναι ικανοποιητική, αφού τα κρούσματα της νόσου ελαττώθηκαν σημαντικά.

Παθολογία - Ιστοπαθολογία: Ο ιός της νόσου είναι

νευρότροπος και προκαλεί περιφερικές παραλύσεις από βλάβες στα γαγγλιακά κέτταρα που είναι στα μπροστινά κέρατα του νωτιαίου μυελού και ιδιαίτερα στην οσφυϊκή του μοίρα. Όμοια στον εγκέφαλο, οι βλάβες εντοπίζονται στην κινητική μοίρα, σπάνια στο διάμεσο εγκέφαλο και ποτέ στον οσφρητικό βολβό (είναι απόδειξη πως η μόλυνση δεν γίνεται από τον οσφρητικό βλεννογόνο). Η ιστοπαθολογική κατάληξη είναι η βλάβη των νευρώνων.

Κλινική εικόνα: Υστερα από επώαση 3-36 ημέρες (πιο συχνά 7-14 ημέρες) η νόσος έχει μία διαδρομή που διακρίνεται σε 2 στάδια. Στο 1ο στάδιο της ιοαιμίας, εμφανίζονται γενικά φαινόμενα (μικρός πυρετός, κεφαλαλγία, έμετοι, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, πόνοι στην κοιλιά κτλ.) που μετά 1-2 ημέρες σχεδόν εξαφανίζονται απόλυτα. Μετά 17 ημέρες κατά μέσον όρο (3-5-35 ημέρες) αρχίζει το 2ο στάδιο που διακρίνεται στις παρακάτω φάσεις: στην φάση της μηνιγγικής αντίδρασης, εμφανίζεται νέα αύξηση του πυρετού, μυϊκή αδυναμία, ελάττωση ή εξαφάνιση των αντανακλάσεων, αύξηση της πίεσης του ΕΝΥ, τρόμος και σημεία μηνιγγιτιδισμού. Ακολουθεί η φάση με τους επώδινους μυϊκούς σπασμούς και τέλος η φάση με τις παραλύσεις. Μερικοί διακρίνουν και 4η φάση, την φάση με τις μόνιμες παραλύσεις με μυατροφίες, την οποία και διαχωρίζουν από την προηγούμενη. Οι παραλύσεις της νόσου αφορούν μεμονομένες μυϊκές ομάδες, ενώ γενικά τα νευρολογικά φαινόμενα δεν εμφανίζουν αισθητικές διαταραχές.

Μορφές: Η κλασσική μορφή της νόσου είναι η παραλυτική πέρα απ' αυτήν διακρίνουμε και εκτρωτικές μορφές

(ψευτογριππώδες) με συμπτώματα που μοιάζουν με το προπαραλυτικό στάδιο, αναπνευστικές μορφές ή και άλλες (εγκεφαλιτιδικές κ.α).

Επιπλοκές: Πνευμονία, πνευμονικό οίδημα, μυοκαρδίτιδα, ουροποιητικές λοιμώξεις κτλ.

Διάγνωση: Γίνεται κλινικά κι από τους χαρακτήρες του ΕΝΥ ή από το αίμα με την αντίδραση σύνδεσης συμπληρώματος όταν αρχίσει να εξελίσσεται η κλινική εικόνα. Ακόμα, μπορούμε να αναζητήσουμε τον ιό στα κόπρανα.

Πρόγνωση: Αν αρχίσει η θεραπεία, η ίαση έρχεται πριν από την 4η εβδομάδα της νόσου. Μέγιστη βελτίωση έχουμε στο 80% από τις περιπτώσεις, μέχρι διάστημα 3 μηνών, ενώ για διάστημα 6 μηνών, το ποσοστό με ιάσεις ανεβαίνει στο 80%. Σε μερικές περιπτώσεις, η αποκατάσταση πετυχαίνεται ύστερα από μία 2ετία. Η θνητότητα από την νόσο πάντως δεν ξεπερνάει το 4%.

Προφύλαξη: Εμβολιασμός, απομόνωση του αρρώστου (αποφυγή του σχολείου για μήνα από την εισβολή), αποφυγή λουτρού σε ύποπτα νερά και σε περίπτωση επιδημίας αποφυγή αμυγδαλεκτομής ή γενικά οδοντοστοματικές θεραπείες.

Θεραπεία: Δεν υπάρχει ειδική. Ανάπαυση, αναλγητικά, ηρεμιστικά, συμπαθητικολυτικά, φυσικοθεραπεία, παρασυμπαθητικομιμητικά σε επίσχεση ούρων.

ι) Ιογενείς μηνιγγίτιδες.

Ιογενή ή άσηπτο, (όπως αλλοιώς ονομάζεται) μηνιγγίτιδα, μπορεί να προκαλέσουν οι ιοί COXSACKIE, ECHO και πολιομυελίτιδας, ο ιός της παρωτίτιδας, του απλού έρπητα και έρπητα ζωστήρα, της λεμφοκυτταρικής χοριομηνιγγίτιδας κτλ.

Κλινική εικόνα: Μετά επύαση, που δεν μπορεί να προσδιορισθεί ακριβώς, η νόσος αρχίζει με κεφαλαλγία, υψηλό πυρετό και εμέτους. Γρήγορα προστίθεται αυχενική δυσκαμψία και οπισθότονος, ενώ η γενική κατάσταση του παιδιού είναι καλή (σε αντίθεση με την πυώδη μηνιγγίτιδα, όπου η γενική κατάσταση είναι πολύ βαρειά).

Διάγνωση: Η διάγνωση βασίζεται ακριβώς στην καλή γενική κατάσταση και στην εξέταση του ΕΝΥ που περιέχει αυξημένα κύτταρα (λεμφοκύτταρα), αυξημένο λεύκωμα και φυσιολογικό σάκχαρο.

Πρόγνωση και θεραπεία: Η πρόγνωση είναι καλή και η θεραπεία συμπτωματική (αντιπυρετικά και παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών).

ια) Λοιμώδης μονοπυρήνωση.

Η Λοιμώδης μονοπυρήνωση ή αδενικός πυρετός ή μονοκυτταρική κυνάγχη είναι οξεία λοιμώδης νόσος, σποραδική ή επιδημική. Οφείλεται πιθανώτατα σε ιό και ο τρόπος μεταδόσεώς της δεν είναι γνωστός και πιστεύεται ότι αφήνει μόνιμο ανοσία.

Αιτιολογία: Η νόσος θεωρείται ότι οφείλεται στον ιό της λοιμώδης μονοπυρήνωσης.

Επιδημιολογία: Η λοιμώδης μονοπυρήνωση εμφανίζεται σε σποραδική μορφή ή και σε μικροεπιδημική, πιά πολύ σε τόπους ομαδικής συμβίωσης. Η νόσος είναι συχνότερη μεταξύ 15-30 χρόνων, ενώ γίνεται σπανιότερη από την ηλικία των 35 χρόνων και πάνω και ακόμα πιά πολύ σπάνια σε παιδιά μικρότερα από 3 χρόνων.

Η μετάδοση από τον άνθρωπο σ' άνθρωπο είναι βέβαιο χωρίς να έχει ακόμα διευκρινισθεί ο τρόπος με τον οποίο γίνεται με ακρίβεια η μετάδοσή της. Υστερα από την αποδρομή της η λοιμώδης μονοπυρήνωση αφήνει ανοσία, αν και σημειώθηκαν κρούσματα νέων νοσήσεων.

Κλινική εικόνα: Η επώαση της νόσου ποικίλλει και γενικά κυμαίνεται από 5-15 ημέρες. Ωστόσο μερικοί συγγραφείς επιμένουν ότι η επώαση της νόσου φθάνει μέχρι και 2 εβδομάδες για παιδιά, ενώ για τους ενήλικες μέχρι 7 εβδομάδες.

Υστερα από την επώαση, η νόσος εισβάλλει με κεφαλαλγία, κακουχία, μυαλγίες, πυρετό μέχρι 40 βαθμούς C και γενικά συμπτώματα. Μετά 1 εβδομάδα εμφανίζεται πολυαδενίτιδα (στο 90% από τις περιπτώσεις), σημεία ηπατοπάθειας με

ηπατομεγαλία (17%), ίκτερο (5%) και σπληνομεγαλία (25-50%) και κυνάγχη μεμβρανώδης και ελκωτική, που μοιάζει με την κυνάγχη Plaut - Vincent ή της διφθερίτιδας. Ολόκληρη η κλινική συνδρομή μπορεί να συνοδεύεται από εξάνθημα βλατιδώδες, ενώ η συνολική της διάρκεια κυμαίνεται από 4-20 μέρες ή και πιο πολύ, η αιματολογική της όμως εικόνα αποκαθίσταται με πολύ βραδύ ρυθμό.

Μορφές: Ασυμπτωματικές, καθαρές πυρετικές, μηνιγγιτιδικές, αναπνευστικές (μεσαυλικό σύνδρομο από διόγκωση των λεμφαδένων στο μεσοθωράκιο), αιμολυτικές (θρομβοπενικές ή οξείες αιμολυτικές) ή και νευρικές, που μοιάζουν με το σύνδρομο Guillain-Barre.

Διάγνωση: Κλινικά και εργαστηριακά (υπερλευκοκυττάρωση με μεγάλη αύξηση στα μονοκύτταρα μέχρι 60-80% ή και πιο πολύ την 5-6η ημέρα της νόσου ακόμα έχουμε εμφάνιση ανωράων πυρήνων, αντίδραση θετική Paul - Bunnell, ιδιαίτερα την 2η-3η εβδομάδα με φυσιολογικό όμως μυελόγραμμα και monotest θετικό).

Πρόγνωση: Γενικά καλή.

Προφύλαξη: Δεν είναι ακόμα γνωστός ο ακριβής τρόπος προφύλαξης.

Θεραπεία: Συμπτωματική, ανάπαυση, αντισηπτικά στοματοφάρυγγα, αντιβιοτικά και κύρια κορτικοστεροειδή για 10 ή και πιο πολύ μέρες, σε συνηθισμένες δόσεις.

ιβ) Ιογενή ηπατίτιδα.

Διακρίνουμε δύο τύπους: η επιδημική ή λοιμώδης ηπατίτιδα, που οφείλεται στον ιό τύπου Α και η εξ' ομολόγου όρου, που οφείλεται στον ιό τύπου Β. Η λοιμώδης ηπατίτιδα μεταδίδεται από το πεπτικό σύστημα με μολυσμένα αντικείμενα. Ο ιός αποβάλλεται από τα ούρα και τα κόπρανα για 3 εβδομάδες περίπου. Ο χρόνος επώασης είναι 2-4 εβδομάδες, προσβάλλει παιδιά σχολικής ηλικίας και αφήνει μακροχρόνιο ανοσία.

Η ηπατίτιδα εξ' ομολόγου ορού μεταδίδεται κυρίως παρεντερικώς. Το άτομο φιλοξενεί τον ιό για πολλά χρόνια και μπορεί να τον μεταδώσει σ' άλλα άτομα με την μετάγγιση αίματος ή με μολυσμένες σύριγγες και χειρουργικά εργαλεία. Φαίνεται όμως ότι, κατά την οξεία φάση μπορεί να τον μεταδώσει από την πεπτική οδό. Προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας και αφήνει ανοσία μικρής διάρκειας. Η ηπατίτιδα εξ' ομολόγου όρου σχετίζεται με το "Αυστραλιανό αντιγόνο" που βρίσκεται σε σημαντικό ποσοστό ασθενών, στην οξεία φάση της νόσου.

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

Μετά πάροδο 2-3 εβδομάδες η νόσος υποχωρεί. Σπάνια

υποτροπιάζει και καταλήγει σε κίρρωση του ήπατος. Βαρύτερης μορφής και πρόγνωσης είναι η ηπατίτιδα εξ' ομολόγου όρου.

Σπάνια μορφή είναι η ήπια ηπατίτιδα (αντικτερική) που προκαλεί γενικά συμπτώματα και δεν συνοδεύεται από ίκτερο, και η κεραυνοβόλος μορφή που είναι πολύ βαρεία και καταλήγει σε θάνατο γρήγορα.

Διάγνωση: Επιβεβαιώνεται με τις εργαστηριακές εξετάσεις (ανίχνευση χολοχρωστικών στα ούρα, αύξηση της χολερυθρίνης στο αίμα, θετικές ηπατικές δοκιμασίες και αύξηση των τραυσαμινασών στον ορό).

Επιπλοκές: Σπάνια προκαλεί απλαστική αναιμία, αιμολυτική αναιμία, και θρομβοπενική πορφύρα.

Θεραπεία: Δίαιτα λευκωματούχος και υδατανθρακούχος. Περιορισμός του ζωϊκού λίπους. Κατάκλιση και γενικώς ανάπαυση στην οξεία φάση της νόσου και μέχρι της αποκατάστασης των βιοχημικών διαταραχών. Παρεντερική χορήγηση υγρών, γλυκόζη και ηλεκτρολύτες σε μεγάλη ανορεξία και εμέτους.

Προφύλαξη: Απομόνωση του πάσχοντος για 3 εβδομάδες. Χορήγηση γ-σφαιρίνης σ' άτομα που ήλθαν σ' επαφή με τον πάσχοντα.

ιγ) Γρίππη.

Η γρίππη ή influenza ή "Flu" είναι λοιμώδης νόσος από ιό, με υψηλή μεταδοτικότητα, που χαρακτηρίζεται από πυρετό και από συμπτώματα λοίμωξης του αναπνευστικού, όπως και συμπτώματα από άλλα συστήματα.

Αιτιολογία: Η νόσος οφείλεται στον ιό της ανθρώπινης γρίππης ή myxovirus influenza, που διακρίνουμε σε 3 ομάδες: Α, Β και C, από τις οποίες η Α έχει ποικιλία από μορφές που κατατάσσονται σε 4 οικογένειες: Ομάδα Α=

A0	1933-1943 (Γρίππη Α)
A1	1947-1957 (Γρίππη Α1)
A2	1957-1958 (Ασιατική γρίππη)
Αχοιρινή	1918-1928 (πανδημία 1988)
Ομάδα Β	
Ομάδα C	

Επιδημιολογία: Κάθε χρόνο, και ιδιαίτερα στις ψυχρές εποχές, έχουμε κρούσματα από την νόσο σποραδικά μέχρι και μικρές επιδημίες. Η ομάδα Α δίνει επιδημίες κάθε 2-3 χρόνια, με μεγάλη θνησιμότητα που φτάνει μέχρι 70%. Οι επιδημίες της ομάδας Β είναι πιο μικρές και κυμαίνονται από 2-40%. Τέλος, από την ομάδα C σπάνια εμφανίζονται επιδημίες, επειδή τα αντισώματά της είναι πολύ διαδεδομένα σε μεγάλη μερίδα πληθυσμού.

Κύριο γνώρισμα επιδημιολογικό της γρίππης είναι η εύκολη διάδοσή της που φαίνεται από το παράδειγμα της ασιατικής γρίππης, η οποία μέσα σε 6 μήνες μόνο, κάλυψε το 1957 ολόκληρη την υδρόγειο, ενώ η θνητότητα ανέβηκε πάνω από 90%

κατά το 1958-1960.

Ακόμα, ένα άλλο επιδημιολογικό γνώρισμα της νόσου είναι το ότι, σε περίπτωση πανδημίας ξαπλώνεται και ολοκληρώνεται σε τρία κύματα: το πρώτο, καλοήθη, προσβάλλει μία μεγάλη μερίδα του πληθυσμού και δημιουργεί μία ικανοποιητικά παροδική ανοσία. Το δεύτερο, με βαρύτερη πρόγνωση, εξελίσσεται σιγά-σιγά και συχνά συνοδεύεται από επιπλοκές. Τέλος, το τρίτο κύμα εξελίσσεται ακόμα πιο σιγά και έτσι αυξάνεται η διάρκεια της νόσου και η συχνότητα από τις επιπλοκές της.

Η νόσος μεταδίδεται με τα σταγονίδια του στοματοφάρυγγα και δεν αφήνει ανοσία, παρά μόνο μία αντίσταση που μπορεί να προφυλάξει μερικές φορές εποχιακά.

Κλινική εικόνα: Υστερα από επώαση 1-3 ημέρες, εμφανίζεται πυρετός, ρίγος, κεφαλόπονος, καταρροϊκά φαινόμενα και συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό (ρινίτιδα, βρογχίτιδα κτλ.). Η πιο συνηθισμένη αιτία να έχουμε μακρότερη διάρκεια της νόσου είναι η επιπλοκή απ' τα πνευμόνια που εξελίσσεται ύστερα απ' την 3η ημέρα σε βρογχίτιδα, βροχοπνευμονία ή και πνευμονία. Οι επιπλοκές αυτές οφείλονται στο βάκιλλο του Pfeiffer ή στον σταφυλόκοκκο ή στον αιμολυτικό στρεπτόκοκο ή ακόμα και στον ίδιο τον ιό της γρίπης.

Επιπλοκές: Από το αναπνευστικό σύστημα (πνευμονία, βροχοπνευμονία, απόστημα του πνεύμονα κ.αλ.) από το κυκλοφοριακό (νευροκυκλοφορική εξάντληση, λιποθυμίες, καρδιακή ανεπάρκεια κ.αλ.) από το νευρικό (εγκεφαλίτιδα κ.αλ) και από τα αισθητήρια (κερατίτιδα, ωτίτιδα κ.αλ).

Διάγνωση: Γίνεται κλινικά με την βοήθεια του εργαστηρίου για να αποκλείσουμε άλλα εμπύρετα νοσήματα ή και για ν' αναζητήσουμε αντισώματα του ιού της γρίππης (αντίδραση Hirst κ.αλ).

Πρόγνωση: Αριστη, άμα δεν υπάρχουν επιπλοκές. Στις επιπλοκές η θνητότητα μπορεί να φθάσει από 20-60% στους υπέρηλικες.

Προφύλαξη: Εμβολιασμός (προφυλάσσει για μήνες μέχρι και 6 σε ποσοστό 75-90%).

Θεραπεία: Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία. Χορηγούμε υγρά, αντιβιοτικά και εφαρμόζουμε και συμπτωματική αγωγή.

Ακόμα στην γρίπη Α εφαρμόζεται και η Awantadine (Symmentrel).

ιδ) Νόσος από εκδορά προκαλούμενη από γάτα.

Οφείλεται σε ιό που μεταδίδεται από εκδορά που προκαλείται από γάτα και σπανιότερα από σκύλο.

Χαρακτηρίζεται από επιχώριο λεμφαδενίτιδα (μασχαλαία, βουβινική ή τραχηλική) που υποχωρεί μόνη της μέσα σε 1-3 μήνες. Η λεμφαδενίτιδα μπορεί να διαπισωθεί αλλά και τότε είναι στείρα μικροβίων.

Συνυπάρχουν πυρετός, ανορεξία, κακουχία και κεφαλαλγία. Η θεραπεία είναι συμπτωματική, η πρόγνωση άριστη.

ιε) Λύσσα.

Η λύσσα ή υδροφοβία (rage, rabies) οφείλεται σε ιό των μαστοφόρων ζώων που μεταδίδεται στον άνθρωπο από τα ζώα και που χαρακτηρίζεται από προσβολή του Κ.Ν.Σ., η οποία ακολουθεί παραλύσεις με μοιραία έκβαση.

Αιτιολογία: Η νόσος οφείλεται στον ιό της λύσσας ή hydrophodia virus.

Επιδημιολογία: Η λύσσα είναι γνωστή από τους αρχαίους χρόνους και πρώτος την περιέγραψε ο Αριστοτέλης. Σήμερα μπορούμε να πούμε πως βρίσκεται σε έλεγχο στις πολιτισμένες χώρες. Με βάση τα στοιχεία του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, καταγράφηκαν τα τελευταία χρόνια οι παρακάτω περιπτώσεις λύσσας:

	1977	1980	1981
ΖΩΩΝ	17.555	13.603	19.347
ΑΝΘΡΩΠΩΝ	7	3	2

Η νόσος μεταδίδεται στον άνθρωπο από τα θηλαστικά και ιδιαίτερα από τον σκύλο, χωρίς να είναι δυνατή η μεταδοσή της από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Ο ιός της λύσσας είναι αρκετά ευαίσθητος και καταστρέφεται εύκολα από την θερμότητα (5 λεπτά σε θερμοκρασία 60 βαθμούς C) το φώς, τις ακτίνες X ή την υπεριώδη ακτινοβολία.

Κλινική εικόνα: Το στάδιο επώασης της νόσου ποικίλει από 20-30-60 ημέρες. Ωστόσο μπορεί να είναι πολύ μικρό (10 ημέρες) ή και πολύ μεγάλο (10 μήνες μέχρι 4 χρόνια). Η διάρκεια γι' αυτό το στάδιο επώασης της νόσου είναι

συνάρτηση της βαρύτητας του τραύματος και της απόστασής του από το κεφάλι και είναι μακρύτερη, όσο το τραύμα είναι πιο επιπόλαιο, κι όσο πιο μακρύτερα βρίσκεται από το κεφάλι. Η νόσος αρχίζει με άγχος, πυρετό, αϋπνία κ.αλ. για να εγκατασταθεί ύστερα από 24-48 ώρες το δεύτερο στάδιο που αποτελείται από μυϊκούς σπασμούς (σφοδρώτεροι του φάρυγγα και της αναπνοής, αεροφοβία και υδροφοβία) φωτοφοβία, στραβισμός, θόλωση της διάνοιας και ψευδαισθήσεις, ψθάνουν στο μοιραίο και από την 2η ημέρα πολλές φορές, κύρια από τον σπασμό των αναπνευστικών μυών. Τέλος, εμφανίζεται το τρίτο ή παραλυτικό στάδιο, στο οποίο οι σπασμοί γίνονται αραιώτεροι, αλλά γίνονται παραλύσεις, στα πάνω άκρα και ο άρρωστος πεθαίνει μέσα σ' ώρες από καρδιακή ανεπάρκεια ή αναπνευστικό σπασμό, ενώ η θερμοκρασία μπορεί ν' ανεβεί προθανάτια μέχρι 44 βαθμούς C.

Διάγνωση: Η διάγνωση γίνεται κλινικά, εργαστηριακά και από το ζώο. Εργαστηριακά με τον εμβολιασμό του σάλιου από ζώο σε ζώο, με παρακολούθηση για την εκδήλωση της νόσου πάνω από 15 ημέρες ή και με θανάτωσή του και αναζήτηση των σωμάτων του Negri στο Κρέας (απουσιάζουν στο 10% των περιπτώσεων).

Διαφορική διάγνωση: Από τον τέτανο ή την υστερία.

Πρόγνωση: Αν αρχίζουν να εμφανίζονται τα συμπτώματα, η μοιραία έκβαση είναι αναπόφευκτη.

Προφύλαξη: Σ' άτομα που είναι εκτεθειμένα στον κίνδυνο της νόσου, εφαρμόζεται προληπτικός εμβολιασμός από 2 ενέσεις, με μεσοδιάστημα μήνα και μία ένεση αναμνηστική μετά 6-9 μήνες, με ανανέωση, με μία ένεση κάθε 2-3 χρόνια.

Εφαρμόζεται κάθε χρόνο ο εμβολιασμός των σκύλων και των γατών.

Θεραπεία: Αντιλυσσική θεραπεία. Αυτή περιλαμβάνει:

α) Τοπική θεραπεία. Πλύσιμο του τραύματος με άφθονο σαπουνόνερο και εφαρμογή κάποιου αντισηπτικού ή και αντιλυσσικού ορού.

β) Ειδική γενική θεραπεία: Αντιλυσσικός ορός σε δόση 400 U.I/kg βάρους σώματος και στην συνέχεια αντιλυσσικό εμβόλιο σε 14-21 ενέσεις με 1-2 αναμνηστικές ενέσεις ύστερα από 10-20 ημέρες. -



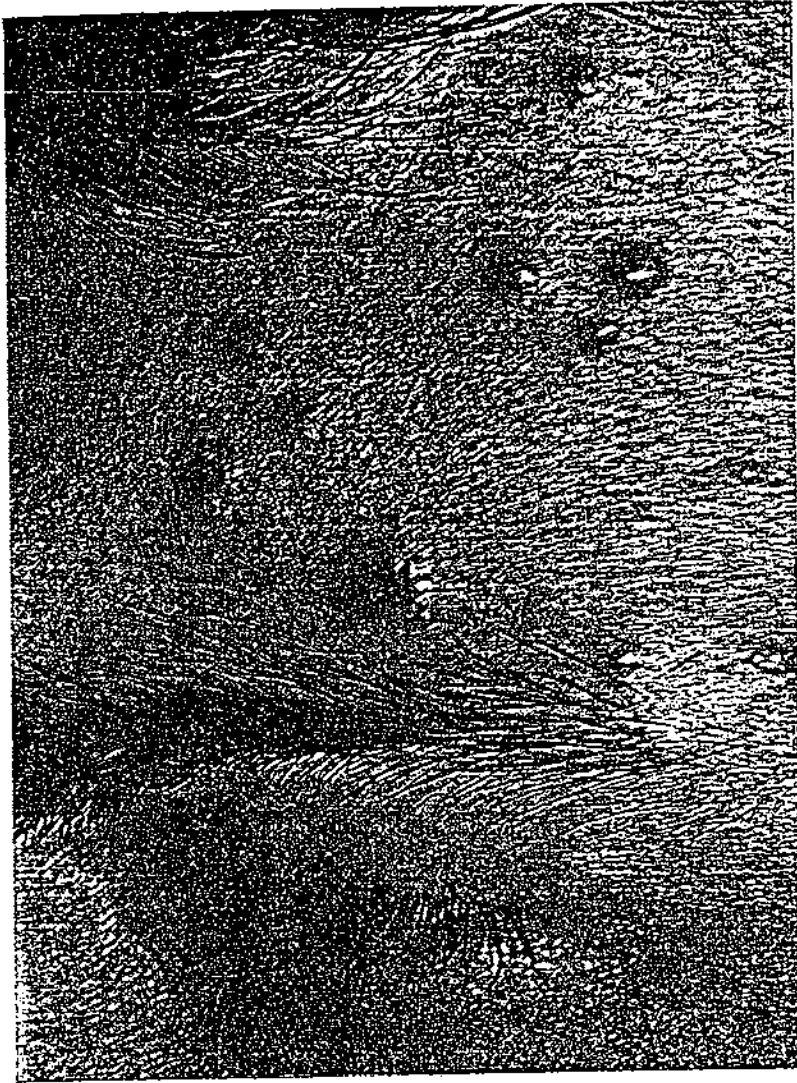
Παρωτίτις (Περίπτωσης κ. Σ. Μάνιου).



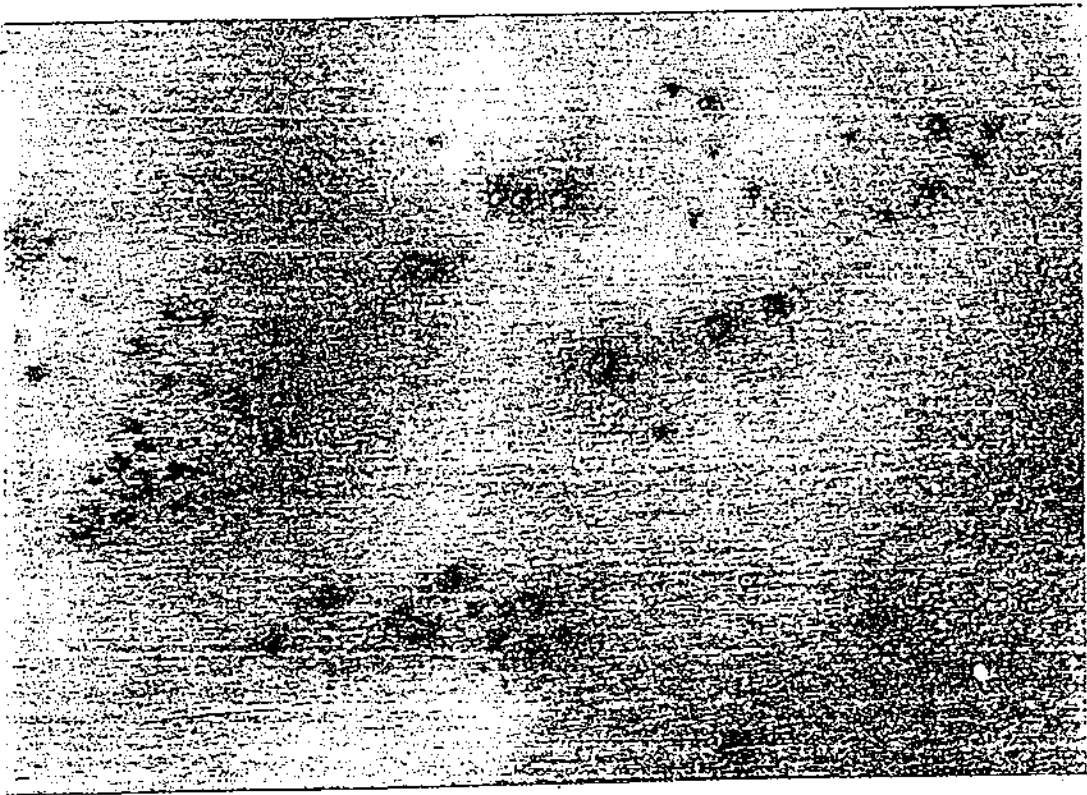
Εύλογία (Μέσης βαρύτητας)



Εύλογία (Μη συρρέουσα)



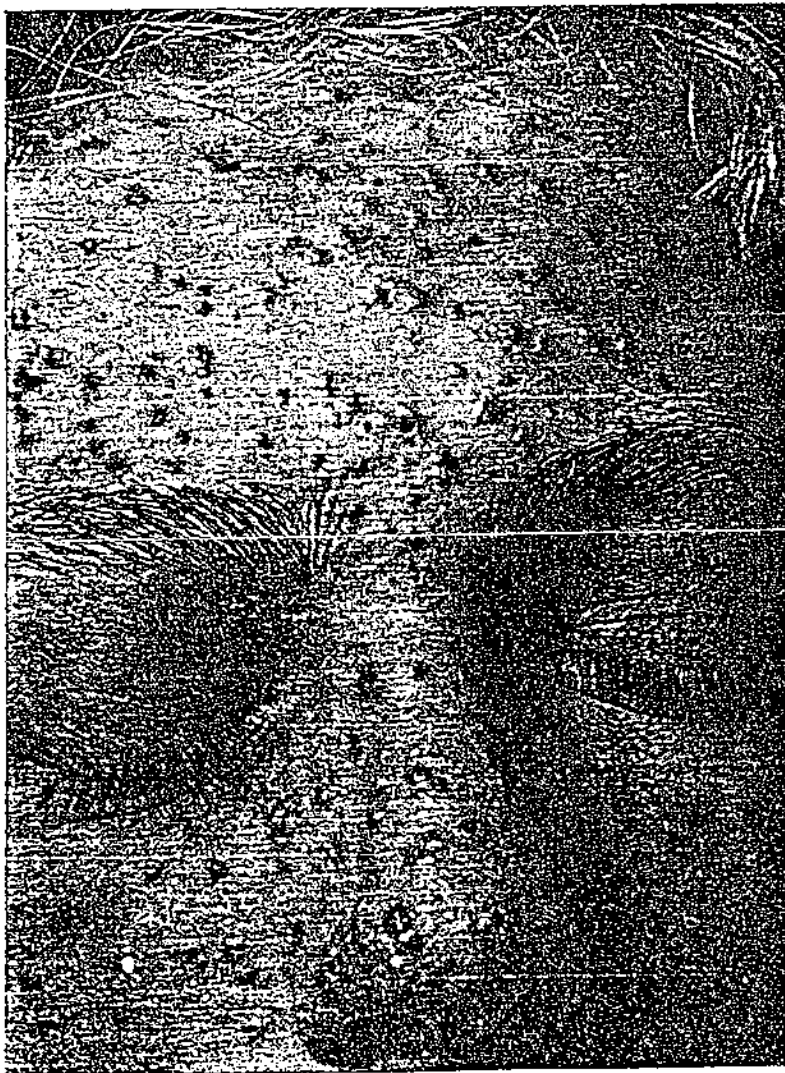
Ἀνεμυλογία.



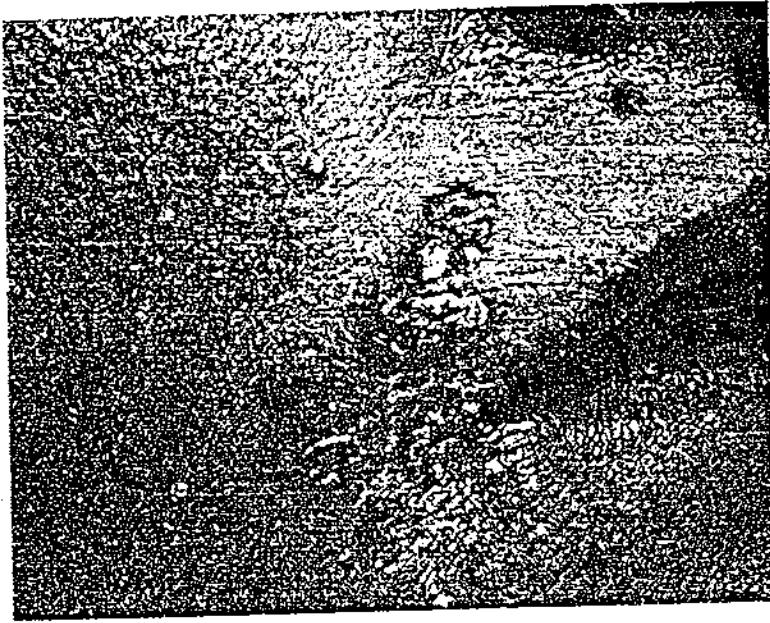
Ἐρπης ζώσθη



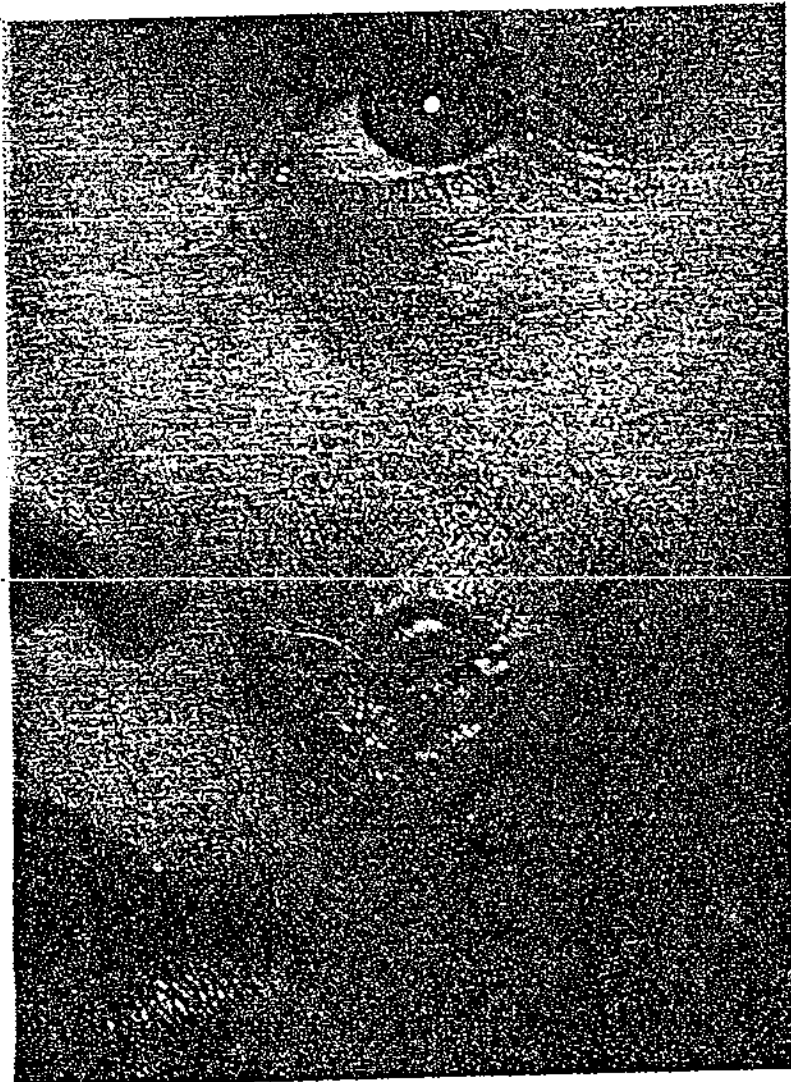
Ἐρπητική στοματίτις



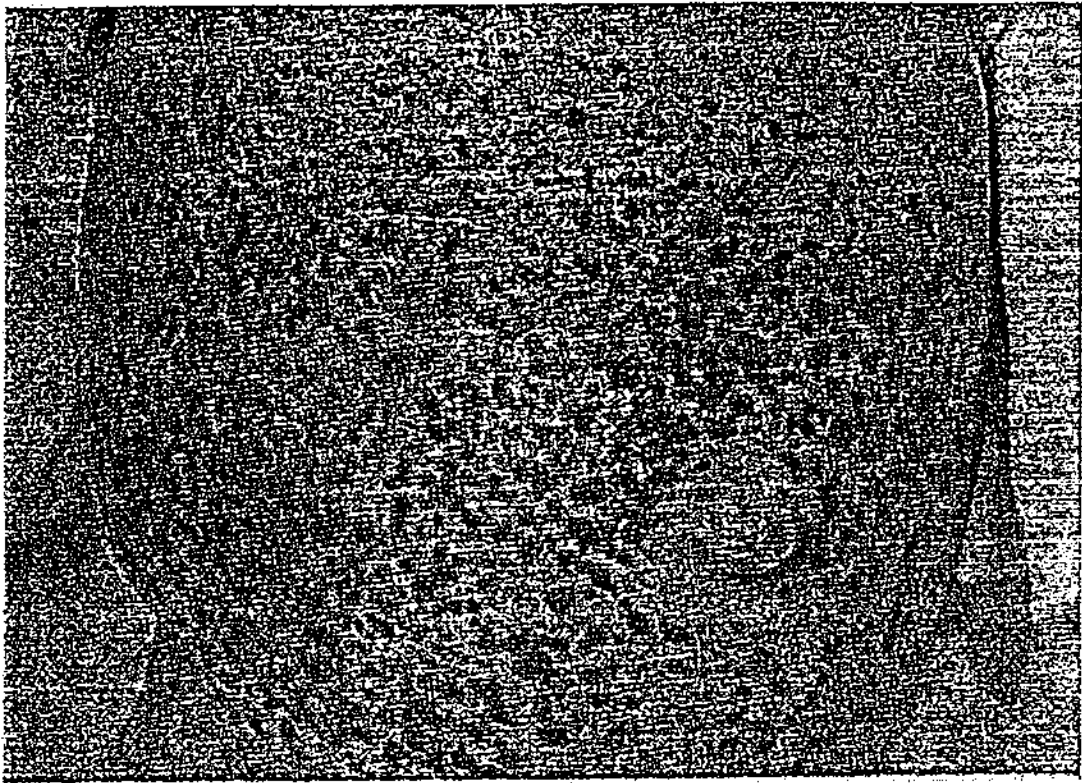
Ἄνεμουλογία.



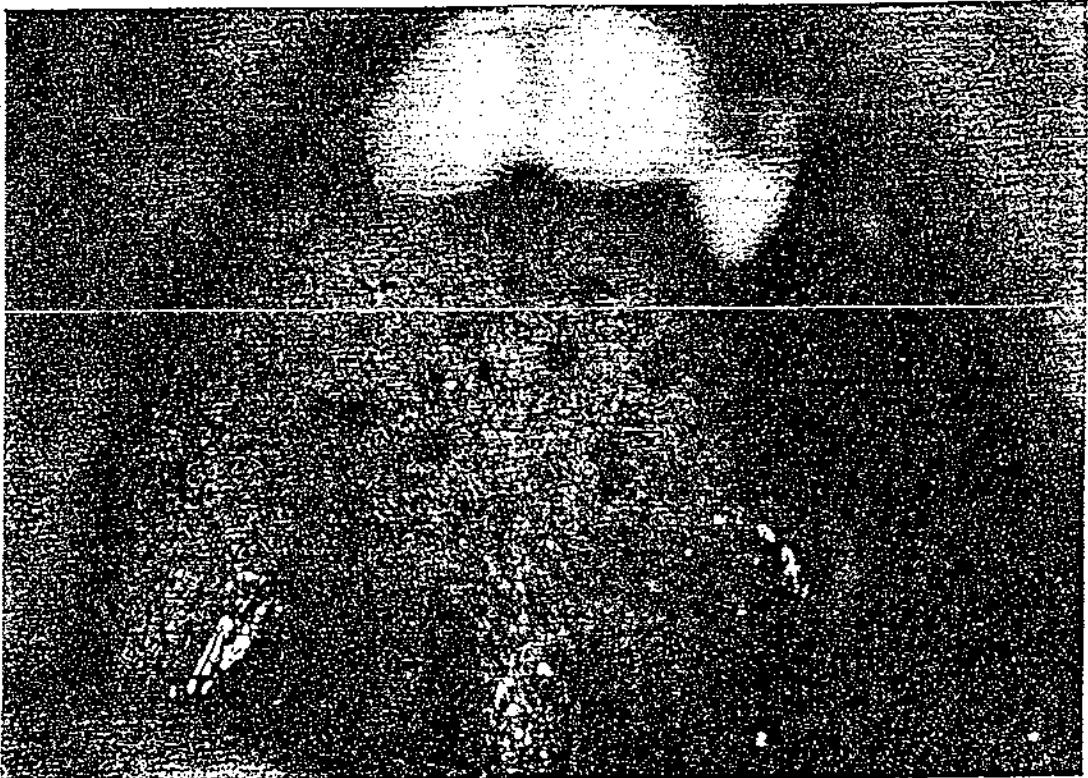
Έρπης άπλοϋς προσώπου.



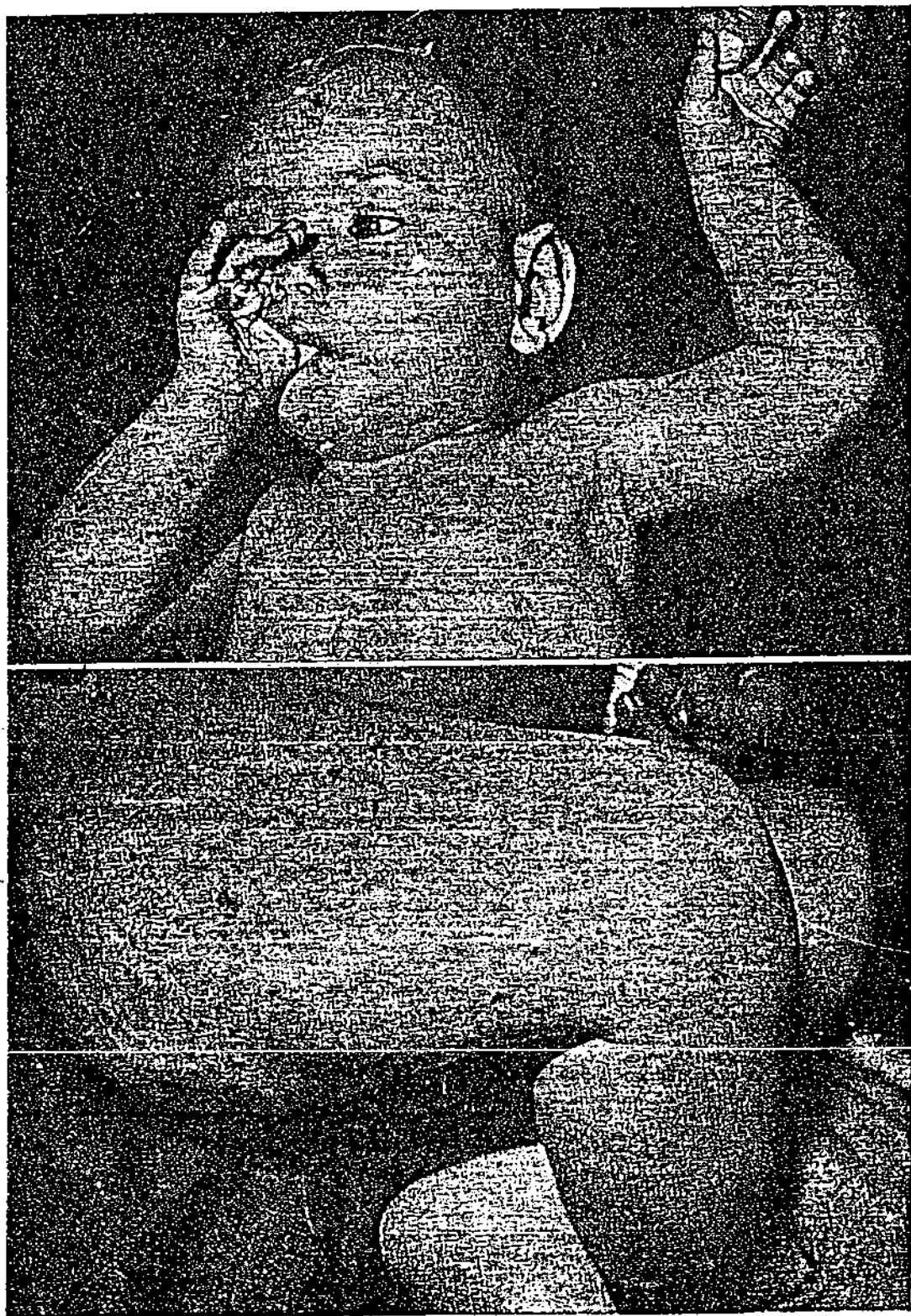
Έρπης άπλοϋς προσώπου.



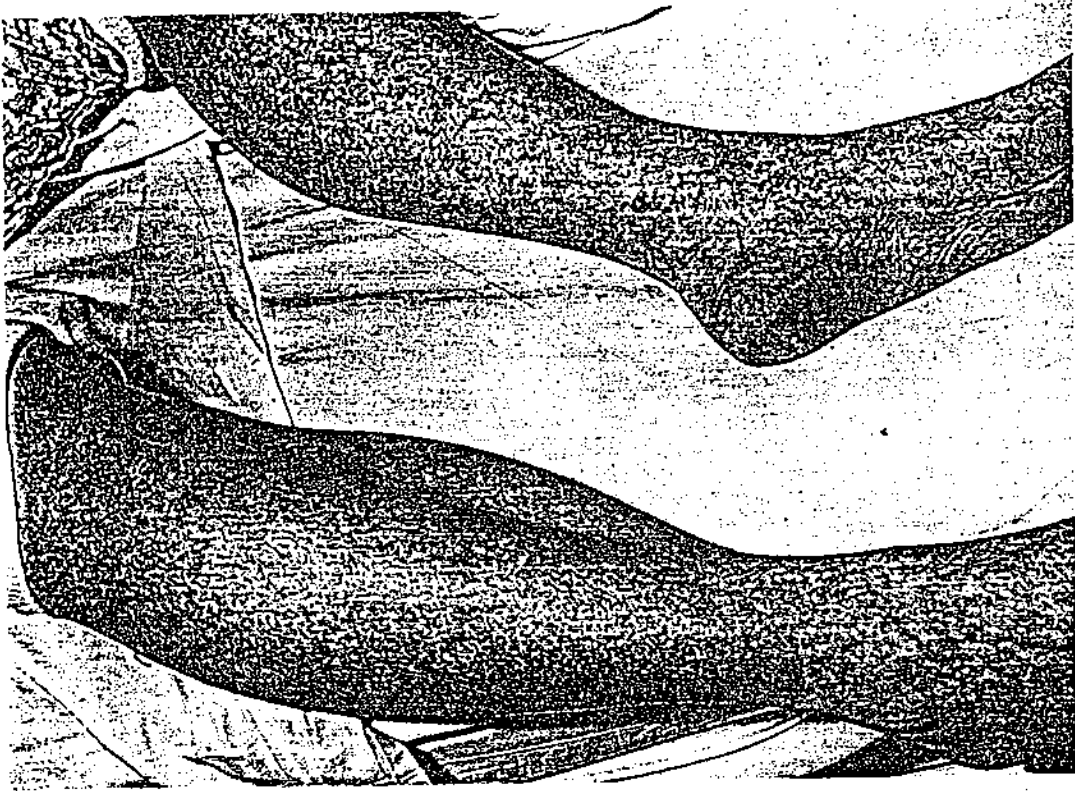
Συρρέον πορφυρικόν ἐξάνθημα μηνιγγιτιδοκοκκικῆς μηνιγγίτιδος.



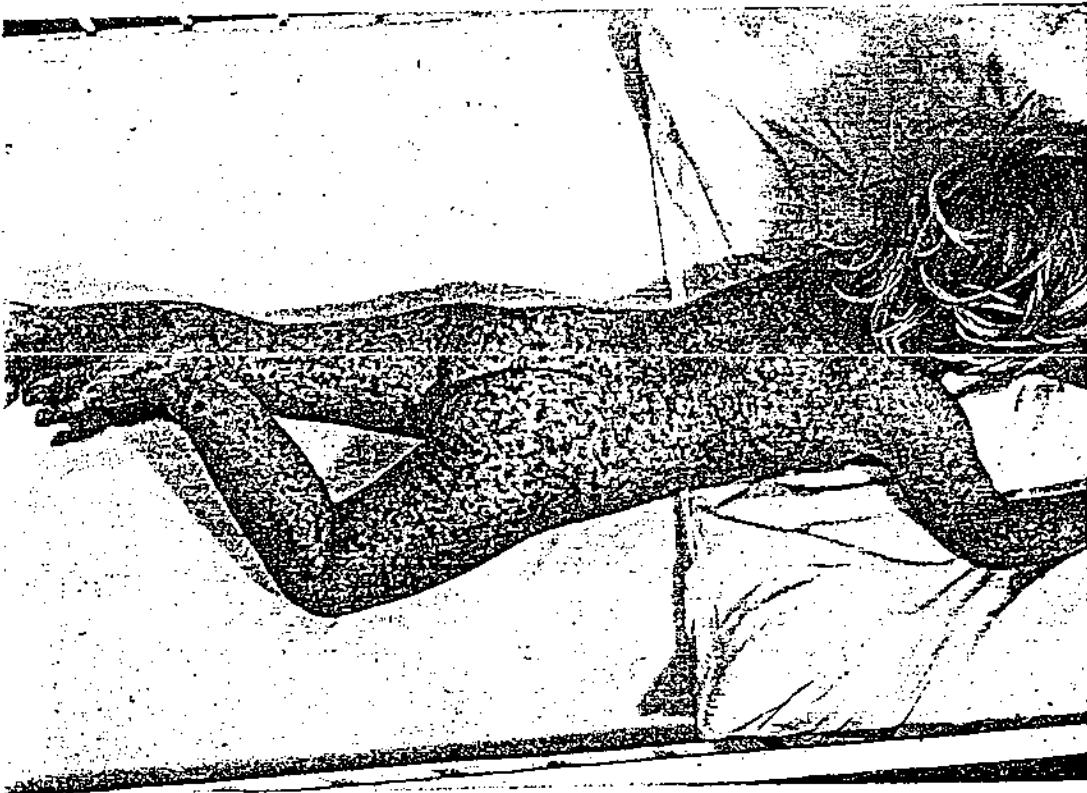
Λοιμώδης μονοπυρήνωσις. Ἐνάνθημα ἐπὶ ὑπερώας ὁμοιάζον πρὸς ἐνάνθημα ἰλαράς.



Άραιόν βλατιδοαιμορραγικόν ἐξάνθημα μηνιγγιτιδοκοκκιῆς μηνιγγίτιδος.



Όστρακιά



Ίλαρά

ΚΕΦ. ΤΡΙΤΟ

Πρωτοζωικά Λοιμώδη Νοσήματα

α) Καλα - Αζαγ ή σπλαγγχνική λείσμανίαση

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

Η διάγνωση τίθεται με την ανέρευσή λείσμανιών στο μυελό των οστών. Η θεραπεία περιλαμβάνει την χορήγηση οργανικών ενώσεων του αντιμονίου (QUCANTIME).

Η πρόγνωση είναι καλή.

β) Ελονοσία

Οφείλεται στα διάφορα είδη πλασμοδίων και μεταδίδεται στον άνθρωπο από τα δείγματα των ανωψελών κωνόπων, ή με την μετάγγιση μολυσμένου αίματος. Στην χώρα μας με την ευρεία εφαρμογή του D.D.T έχει εκλείψει (γι' αυτό δεν αναφέρονται λεπτομέρειες) και σποραδικές μόνον περιπτώσεις παρουσιάζονται, που οφείλονται στην μετάγγιση μολυσμένου αίματος.

Εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό, εμέτους, κοιλιακά άλγη, αναιμία και διόγκωση του σπλήνα.

Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση πλασμοδίων στο περιφερικό αίμα.

Θεραπεία: φωσφορική χλωροκίνη (ARALEN) και για την πρόληψη των υποτροπών της νόσου: πριμακίνη.

γ) Επίκτητος τοξοπλάσμωση

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

Κλινική εικόνα: Η επίκτητος τοξοπλάσμωση μπορεί να είναι ασυμπτωματική. Άλλοτε όμως προκαλεί πυρετό, μυαλγίες, κακουχία, εξάνθημα, διόγκωση ήπατος και σπληνός, λεμφαδενίτιδα, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα και σπανίως μυοκαρδίτιδα, πνευμονία και εγκεφαλίτιδα.

Η διάγνωση τίθεται με την δοκιμασία του κυανού του μεθυλενίου, με την οποία ανιχνεύονται τα αντισώματα κατά του τοξοπλάσματος.

Θεραπεία: Πυριμεθαμίνη (DARAPRIM) και σπειραμυσίνη (RONDAMYCIN) ή συνδυασμός σουλφισοξαζόλης και τριμεθοπρίμης (SEPRTIN ή BACTRIMEL).

ΚΕΦ. ΤΕΤΑΡΤΟ

Εμβολιασμοί

Πριν αναφερθούμε στους εμβολιασμούς είναι σωστό να μιλήσουμε με συντομία τί είναι ανοσία. Λέγεται ότι η αρρώστια δίνει ανοσία όταν, αρρωσταίνοντας για πρώτη φορά, αυτή η αρρώστια δεν μπορεί να μάς προσβάλλει ξανά. Όλες οι αρρώστιες δεν προκαλούν ανοσία. Οι κλασικές μολυσματικές αρρώστιες που προσβάλλουν τα παιδιά προκαλούν ανοσία, άλλες όμως όπως η ηπατίτιδα, η γρίπη, όχι. Τί πράγμα χαρακτηρίζει την ανοσία; Τα αντισώματα που είναι σωματίδια σχηματίζονται στον ανθρώπινο οργανισμό μετά από μία μόλυνση και χρησιμεύουν για να την καταπολεμούν. Μερικές μολυσματικές ασθένειες προκαλούν σχηματισμό αντισωμάτων που διαρκούν σ' όλη την ζωή και επομένως προστατεύουν για πάντα τον οργανισμό. Άλλες αρρώστιες αντίθετα δημιουργούν αντισώματα που εξαφανίζονται λίγο καιρό μετά το τέλος του μολυσματικού επεισοδίου. Είναι πιθανόν όμως σ' αυτήν την δεύτερη περίπτωση όταν έρθουμε πάλι σε επαφή με την ίδια αρρώστια, ο οργανισμός να μην μπορεί να αμυνθεί και να προσβληθεί για δεύτερη φορά.

Το να κάνουμε έναν εμβολιασμό δεν είναι τίποτε άλλο από το να παράγουμε στο ανθρώπινο σώμα την αρρώστια από την οποία θέλουμε να το προφυλάξουμε, σε πολύ ελαφριά μορφή, αλλά τέτοια που να προκαλεί το σχηματισμό αντισωμάτων. Αυτή η μικρή μόλυνση που γενικά δεν προκαλεί καμιά ενόχληση, δημιουργείται με την εισαγωγή ενός εμβολίου που δεν είναι

τίποτα άλλο από μία συγκέντρωση μικροβίων που προκαλούν αυτή την ορισμένη αρρώστια.

Αυτά τα μικρόβια (βακτηρίδια ή ιοί) έχουν φυσικά γίνει αβλαβή με ειδικές χημικές ή βιολογικές μεθόδους που δεν εκμηδενίζουν όμως την ικανότητα να κάνουν τον οργανισμό να παράγει αντισώματα διαρκείας, σαν να πρόκειται για την πραγματική αρρώστια. Είναι λογικό να σκεφτόμαστε ότι εκείνα τα μικρόβια που προκαλούν ανοσία διαρκείας, εάν φυσικά μολυνθούν, θα δίνουν την ανοσία και αν ακόμα αδρανοποιηθούν με τρόπο κατάλληλο και εισαχθούν στον οργανισμό μετά από εμβολιασμό. Για να κάνουμε πιο σαφή τον ορισμό δίνουμε 3 σύντομα παραδείγματα.

Ανοσία που ακολουθεί μία φυσική αρρώστια (κοκκύτης) στην οποία μπορεί να γίνει εμβολιασμός. Κοκκύτης → σχηματισμός αντισωμάτων διαρκείας αντικοκκύτη → θεραπεία μετά από ιατρική παρακολούθηση → δευτέρα επαφή με το μικρόβιο του κοκκύτη → η αρρώστια δεν μπορεί να εκδηλωθεί γιατί το σώμα προστατεύεται από αντίσωμα αντι-κοκκύτη.

Ανοσία που ακολουθεί εμβολιασμό ενάντια στον κοκκύτη. Εμβολιασμός κατά του κοκκύτη → σχηματισμός αντισωμάτων διαρκείας. Χωρίς αρρώστια → επαφή με το μικρόβιο του κοκκύτη → τα αντισώματα που σχηματίζονται από τον εμβολιασμό προστατεύουν τον οργανισμό → ο κοκκύτης δεν εκδηλώνεται γιατί ο οργανισμός προστατεύεται.

Φυσική αρρώστια (ηπατίτιδα) κατά της οποίας δεν μπορεί να γίνει εμβολιασμός. Το άτομο αρρωσταίνει από ηπατίτιδα → θεραπεία από ιατρική παρακολούθηση → μέσα σε 1 μήνα περίπου καινούργια επαφή με τον ιό της ηπατίτιδας → Το άτομο δεν

προστατεύεται από αντισώματα αντιηπατίτιδας → δεύτερο επεισόδιο οξείας ηπατίτιδας.

Όλες οι κλασικές μολυσματικές ασθένειες της νηπιακής ηλικίας προκαλούν ανοσία διαρκείας. Από εδώ πηγάζει η δυνατότητα να εμβολιάζουμε όλα τα υγιεί μικρά ενάντια στις ασθένειες: ερυθρά, ιλαρά, παρωτίτιδα, διφθερίτιδα, τέτανος, κοκκύτης, ψυματίωση, ευλογιά, ανεμοβλογιά, πολυομυελίτιδα.

Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας, τετάνου και κοκκύτου

Τριπλό εμβόλιο: Αυτό περιέχει διφθεριτική ανατοξίνη (15-50 αντιγονικές μονάδες), τετανική ανατοξίνη (5-20 αντιγονικές μονάδες) και νεκρούς αιμοφίλους του κοκκύτου (15-40 δισεκατομμύρια).

Διπλό εμβόλιο: Περιέχει 15-50 αντιγονικές μονάδες διφθεριτικής ανατοξίνης και 5-20 αντιγονικές μονάδες τετανικής ανατοξίνης.

Διπλό εμβόλιο τύπου ενηλίκου: Αυτό περιέχει 5-20 μονάδες τετανικής ανατοξίνης και μόνον 2 μονάδες διφθεριτικής ανατοξίνης.

Απλό εμβόλιο: Περιέχει μόνο τετανική ανατοξίνη.

Το τριπλό εμβόλιο επιβάλλεται να γίνεται μέχρι και της ηλικίας των 5-6 ετών. Ειδικότερα το εμβόλιο αυτό πρέπει να γίνεται από τον 2ο-3ο μήνα της ζωής, αφού τα βρέφη (ακόμα και τα νεογνά) δεν έχουν ανοσία (από την μητέρα τους) για τον κοκκύτη, είναι δε ο κοκκύτης πολύς βαρύς στην βρεφική ηλικία, με σοβαρές επιπλοκές και μεγάλη θνητότητα. Γίνεται σε 3 δόσεις με μεσοδιαστήματα 1-2 μηνών μετά ένα χρόνο

γίνεται η πρώτη αναμνηστική δόση και μετά 4 χρόνια η δεύτερη αναμνηστική δόση. Μετά το 50-60 έτος της ζωής και ανά 5-10 έτη γίνεται το διπλό εμβόλιο τύπου ενηλίκου, επειδή αυτό δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα, μπορεί να γίνεται το εν δέκατο (1/10) του διπλού εμβολίου (που περιέχει περίπου 2 μονάδες διφθεριτικής ανατοξίνης) μαζί με ένα απλό αντιτετανικό εμβόλιο.

Σε παιδιά που πάσχουν από νευρολογικά νοσήματα (π.χ. επιληψία ή εγκεφαλική παράλυση) ο τριπλός εμβολιασμός αρχίζει με το εν δέκατο ως το εν πέμπτο της δόσεως του τριπλού εμβολίου και εφ' όσον δεν εμφανίσουν σοβαρή αντίδραση (κυρίως σπασμούς) ο εμβολιασμός συνεχίζεται με κανονική δόση, αλλιώς συνεχίζεται με διπλό εμβόλιο.

Σε περίπτωση τραυματισμού εάν το άτομο έχει εμβολιασθεί κανονικά με το διπλό ή τριπλό εμβόλιο, το τραύμα δεν είναι σοβαρό και δεν έχουν περάσει περισσότερα από πέντε χρόνια από τον τελευταίο εμβολιασμό δεν χρειάζεται καμιά ιδιαίτερη προφύλαξη, εκτός βέβαια από την τοπική περιποίηση και αντισηψία του τραύματος.

Εάν το τραύμα είναι σοβαρό (βαθύ και ρυπαρό) ή προέρχεται από δείγμα ζώου, έχουν δε περάσει από 3-6 χρόνια από τον τελευταίο εμβολιασμό, εκτός από τον καλό καθαρισμό του τραύματος επιβάλλεται η χορήγηση πενικιλλίνης ή ερευθρομυκίνης και μία δόση αντιτετανικού εμβολίου. Επί πλέον γίνεται και ενδομυϊκή ένεση αντιτετανικού ορού (σε διαφορετικό σημείο από το αντιτετανικό εμβόλιο) εάν το χρονικό διάστημα από τον τελευταίο εμβολιασμό είναι περισσότερο από 6 χρόνια. Εάν ο τραυματίας ουδέποτε έχει

εμβολιασθεί, τότε επιβάλλεται η ενδομυϊκή ένεση αντιτετανικού ορού και συγχρόνως αρχίζει και η ενεργητική ανοσοποίηση με την πρώτη δόση του διπλού εμβολίου (με άλλη σύριγγα και σε διαφορετικό σημείο του σώματος) η οποία βέβαια συνεχίζεται με 2η ή και 3η δόση ανά μήνα 1η αναμνηστική μετά ένα έτος και κατόπιν μία αναμνηστική ανά 5-10 χρόνια.

Αντιδράσεις: Το διπλό εμβόλιο δεν προκαλεί συνήθως γενικές αντιδράσεις, παρά μόνο σπάνια τοπικές αντιδράσεις (οίδημα, ελαφρός πόνος). Το τριπλό εμβόλιο προκαλεί συχνότερα μέσα στα 2-3 24ώρα τοπικές αντιδράσεις (πόνος, ερυθρότητα, οίδημα).

Σπανιότερα προκαλεί γενικές αντιδράσεις (ανησυχία, ανορεξία, πυρετό) και πολύ σπάνια μπορεί να προκαλέσει σπασμούς.

Η πιθανότητα εγκεφαλίτιδας κακώς θεωρείται σαν αιτία να μην γίνεται το τριπλό εμβόλιο, διότι είναι εξαιρετικά σπάνια (1:1.000.000), ενώ αντιθέτως η πιθανότητα εγκεφαλίτιδας και των επιπλοκών από το Κ.Ν.Σ που προκαλεί ο κοκκύτης είναι πολύ συχνότερα.

Η ανοσία που προκαλεί το τριπλό εμβόλιο αρχίζει κυρίως μετά την 2η δόση και διαρκεί για τον κοκκύτη και την διφθερίτιδα 1-2 χρόνια και για τον τέτανο 5-10 χρόνια.

Εμβολιασμός κατά της πολιομυελίτιδας

Μέχρι το 1961 χρησιμοποιείτο εμβόλιο Salk που η χορήγηση γινόταν με ενέσεις. Απο τότε όμως χρησιμοποιείται το εμβόλιο Sabin που περιέχει ζωντανούς εξασθενημένους ιούς, χορηγείται από το στόμα, η δε ανοσία που προκαλεί είναι ισχυρότερη και διαρκεί περισσότερο χρόνο.

Επί πλέον οι εμβολιαζόμενοι διασπείρουν τον ιό και έτσι αφανώς εμβολιάζονται και άλλα άτομα του περιβάλλοντος. Το εμβόλιο Sabin φέρεται σαν τριδύναμο που περιέχει και τους τρεις τύπους ιούς της πολιομυελίτιδας (I, II και III) με μορφή σταγόνων.

Ο εμβολιασμός αρχίζει από την ηλικία των 3 περίπου μηνών με 3 δόσεις εμβολίου ανά 6-8 εβδομάδες. Μετά 1 χρόνο γίνεται η 1η και μετά 4 χρόνια η 2η αναμνηστική δόση. Μεγαλύτερα παιδιά και έφηβοι εμβολιάζονται με 2 δόσεις (ανά 6-8 εβδομάδες) και δύο αναμνηστικές δόσεις (μετά 1- και μετά 3 χρόνια).

Σε περίπτωση επιδημίας στα εμβολιασόμενα άτομα δίδεται μία αναμνηστική δόση, ενώ όλα τα μη εμβολιασόμενα άτομα εμβολιάζονται κανονικά, όπως αναφέραμε.

Το εμβόλιο Sabin δεν έχει καμία παρενέργεια, δεν προκαλεί και δεν έχει αντενδείξεις.

Εμβολιασμός κατά της φυματίωσης με B.C.G

Το εμβόλιο B.C.G (από τα αρχικά Bacille Calmette Guerin) περιέχει μυκοβακτηρίδια φυματίωσης, που έχουν εξασθενήσει με πολλαπλές καλλιέργειες.

Γίνεται ενδοδερμικώς (μπορεί όμως να γίνει και με σκαριψισμούς ή ακόμη να δοθεί και από το στόμα). Μετά ένα μήνα περίπου σχηματίζεται στο σημείο του εμβολιασμού (στην περιοχή του δελτοειδούς μυός) ροδόχρους βλατίδα διαμέτρου 10 χιλιοστών περίπου και μερικές φορές δημιουργείται μικρή εξέλκωση. Μετά ένα μήνα η τοπική αντίδραση υποχωρεί και σχηματίζεται μικρή ουλή. Μετά 6-8 εβδομάδες απ' ότου έγινε ο εμβολιασμός η φυματιναντίδραση Mantoux γίνεται θετική, πράγμα που οπωσδήποτε σημαίνει ότι το άτομο απέκτησε ανοσία προς την φυματίωση. Εν τούτοις και η μη θετικοποίηση της φυματιναντίδρασης δεν σημαίνει πάντοτε αποτυχία του εμβολιασμού.

Ο αντιφυματικός εμβολιασμός με B.C.G είναι υποχρεωτικός στην χώρα μας μετά την ηλικία των 7 ετών. Η καλύτερη ηλικία που συνιστάται να γίνεται ο εμβολιασμός είναι γύρω στα 10 χρόνια, δεδομένου ότι μετά την ηλικία αυτή αυξάνεται ο κίνδυνος μόλυνσης του ατόμου. Ο εμβολιασμός γίνεται βεβαίως σε άτομα που έχουν αρνητική φυματιναντίδραση. Και αν όμως γίνει σε άτομο που έχει θετική φυματιναντίδραση δεν υπάρχει κίνδυνος, απλώς σ' αυτήν την περίπτωση ο εμβολιασμός είναι περιττός.

Σε παιδιά που ευρίσκονται σε ύποπτο ή βέβαιο φυματικό περιβάλλον, ο εμβολιασμός πρέπει να γίνεται κατά το δυνατόν

ενωρίτερα (ακόμα και στο Ηαλευτήριο). Στην περίπτωση που ένα παιδί έχει έλθει σε επαφή μ' έναν ενήλικο ψυματικό, οπότε η πιθανότητα της μόλυνσης δεν μπορεί να αποκλεισθεί, γίνεται ψυματιναντίδραση, εφ' όσον είναι θετική το άτομο υποβάλλεται σε αντιψυματική θεραπεία για ένα χρόνο. Αν η ψυματιναντίδραση είναι αρνητική, το παιδί αποχωρίζεται από τον ψυματικό ενήλικο (που εν τω μεταξύ επίσης αρχίζει αντιψυματική θεραπεία) και συγχρόνως υποβάλλεται σε θεραπεία με ισονιαζίδη (Rimifon) επί δύο μήνες, τότε γίνεται και πάλι ψυματιναντίδραση. Αν η 2η ψυματιναντίδραση είναι θετική, το παιδί συνεχίζει την αντιψυματική θεραπεία για ένα χρόνο (προστίθεται και Rifampicin), αν όμως η ψυματιναντίδραση εξακολουθεί να είναι αρνητική, τότε γίνεται το εμβόλιο B.C.G και το παιδί εξακολουθεί να είναι μακριά από το ψυματικό περιβάλλον επί 2 μήνες ακόμη.

Το αντιψυματικό εμβόλιο δεν προστατεύει βεβιαία πλήρως από την ψυματίωση, περιορίζει όμως κατά 80% την συχνότητα, κλινικής νόσησης από ψυματίωσης και το σπουδαιότερο κανένα εμβολιασμένο παιδί δεν παρουσιάζει βαρείες μορφές παιδικής ψυματίωσης, όπως είναι η ψυματιώδης μηνιγγίτιδα. Επομένως η αξία του εμβολίου είναι σημαντική.

Η ανοσία από το εμβόλιο διαρκεί επί 5-10 έτη, μετά την πάροδο των οποίων καλόν είναι να επαναλαμβάνεται.

Ανευδείξεις, παρακτικώς δεν υπάρχουν παρά μόνον, όπως και για κάθε εμβολιασμό οξεία εμπύρετα νοσήματα και μερικές σπανιώτατες παθολογικές καταστάσεις.

Οι παρενέργειες από τον εμβολιασμό επίσης είναι ασήμαντες. Δυνατόν να παρατηρηθεί διόγκωση των σύστοιχων

μασχαλιαίων λεμφαδένων (B.C.G) οπότε, αν επιμένει, χορηγείται ισονιαζίδη και αν δεν υποχωρήσει γίνεται χειρουργική αφαίρεση των λεμφαδένων.

Εμβολιασμός κατά της ιλαράς

Το εμβόλιο της ιλαράς περιέχει ζωντανούς εξασθενημένους ιούς, χορηγείται υποδορίως ή ενδομυϊκώς μετά τον 15ο μήνα και θεωρείται ότι προκαλεί ισόβιο ανοσία σε ποσοστό 97%. Μετά 7-14 ημέρες μπορεί να προκαλέσει μέτριο πυρετό και σπανιότερα ιλαροειδές εξάνθημα. Αντενδείξεις αποτελούν η κύηση, η ενεργός ψυματίωση, η λευχαιμία και άλλα κακοήθη νοσήματα. Αναβολή του εμβολιασμού για 8 εβδομάδες περίπου επιβάλλεται αν χορηγηθεί αίμα, πλάσμα ή γ-σφαιρίνη διότι τα αντισώματα που συνήθως υπάρχουν, παρεμποδίζουν την ανοσοποίηση.

Εμβολιασμός κατά της ερυθράς

Το εμβόλιο της ερυθράς περιέχει επίσης ζωντανούς εξασθενημένους ιούς και χορηγείται υποδορίως ή ενδομυϊκώς μετά τον 15ο μήνα. Για να περιορισθούν οι επιδημίες ερυθράς θεωρείται σκόπευτος ο εμβολιασμός όλων των παιδιών της προσχολικής ηλικίας. Πιστεύεται ότι η διάρκεια της ανοσίας που προκαλεί θα είναι μακρά (πιθανώς ισόβιος). Αυτό όμως δεν είναι ακόμη γνωστό, αφού πρόκειται για νέο εμβόλιο που άρχισε να εφαρμόζεται από το 1969.

Ο εμβολιασμός των νεανίδων και γυναικών που δεν έχουν νοσήσει από ερυθρά θεωρείται απαραίτητος υπό την προϋπόθεση ότι πρέπει να αποκλείεται η πιθανότητα εγκυμοσύνης και να υφίσταται η προσοχή στις εμβολιαζόμενες ότι πρέπει να

αποφευχθεί η εγκυμοσύνη για 2 τουλάχιστον μήνες μετά τον εμβολιασμό. Κατά τα άλλα οι αντενδείξεις του εμβολίου είναι οι ίδιες όπως και για το εμβόλιο της ιλαράς.

Οι αντιδράσεις στα παιδιά είναι ασήμαντες, ενώ σε μεγάλα άτομα, δυνατόν να παρατηρηθούν μετά 2 εβδομάδες περίπου κακουχία, πυρετός, λεμφαδενίτιδα, και αρθραλγίες.

Εμβολιασμός κατά της παρωτίτιδας

Και το εμβόλιο αυτό έχει εξασθενημένους ιούς, χορηγείται υποδορίως μετά τον 15ο μήνα και πιθανώτατα προκαλεί ισόβιο ανοσία. Ιδιαίτερα συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της παρωτίτιδας σε επίνουσα άτομα (κυρίως αγόρια) κατά την προεφηβική και εφηβική περίοδο, όμως και κατά την ενήλικη ζωή.

Εμβολιασμός κατά της ευλογιάς (Δαμαλισμός)

Το εμβόλιο κατά της ευλογιάς (δαμάλειος λύμψη) περιέχει εξασθενημένο ιό ευλογιάς που προερχόταν από τις φλύκταινες δαμάλεων που είχαν εμβολιασθεί.

Η καταλληλότερη για τον δαμαλισμό ηλικία είναι η μεταξύ 1 και 3 ετών. Σήμερα το εμβόλιο αυτό έχει καταργηθεί σ' όλο τον κόσμο, διότι χάρις σ' αυτό, εξαφανίστηκε η ευλογιά.

Εμβολιασμός κατά της γρίπης

Το εμβόλιο κατά της γρίπης προκαλεί ανοσία για βραχύ

χρονικό διάστημα (μήνες) και μάλιστα μόνον για τους ιούς τους οποίους περιέχει (2-3 στελέχη). Επί πλέον για 1-2 24ωρο προκαλεί συνήθως αντιδράσεις τοπικές και γενικές. Γι' αυτούς τους λόγους δεν έχει καθιερωθεί σε ευρεία κλίμακα και εφαρμόζεται μόνο σε υλισμένα άτομα πάσχοντα από χρόνια νοσήματα, που μπορεί να επιβαρυνθούν από την γρίπη όπως π.χ. το άσθμα, η χρόνια πυρατίωση και διάφορες καρδιοπάθειες.

Εμβολιασμός κατά της λύσσας

Το εμβόλιο κατά της λύσσας περιέχει εξασθενημένο ιό λύσσας που έχει αδρανοποιηθεί με φαινικό οξύ και αιθέρα. Γίνεται με πολλές ενέσεις στα πλάγια κοιλιακά τοιχώματα και όταν ο κίνδυνος της λύσσας είναι μεγάλος συνδυάζεται με αντιλυσσικό ορό.

Ο αντιλυσσικός εμβολιασμός και επώδυνος είναι, λόγω των πολλών ενέσεων, και αρκετές και σοβαρές παρενέργειες μπορεί να έχει (αντιδράσεις υπερευαισθησίας, αρθραλγίες και διόγκωση λεμφεδένων, εγκεφαλομυελίτις). Γι' αυτό γίνεται μόνο σε άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό της λύσσας λόγω δείγματος λυσσασμένου ζώου. Θεωρούνται ως ύποπτα λυσσασμένα τα άγρια ζώα (λύκος, αλεπού, τσακάλι, κουνάβι) όπως και οι αδέσποτοι σκύλοι, αν εξαφανισθούν τα ίχνη τους.

Εμβόλιο κατά των τυφικών και παρατυφικών λοιμώξεων

Το εμβόλιο αυτό περιέχει στελέχη του τυφικού βακτηριδίου και των βακτηριδίων Α και Β του παρατύφου. Δεν

εφαρμόζεται ευρέως παρά μόνον σε περιοχές που ενδημούν οι
τυφοπαράτυφικές λοιμώξεις.

Διαφώτιση για την χρησιμότητα των Εμβολίων

Η συστηματοποιημένη διαφώτιση γίνεται από τα Κέντρα Υγείας όπου ο Νοσηλευτής παίζει το σπουδαίο ρόλο.

Κατ' αρχήν συμβουλευτικός σταθμός είναι οι υγειονομικές υπηρεσίες στις οποίες προσέρχονται άτομα υγιή προς ιατρική εξέταση και λήψη οδηγιών για την υγιεινή διαβίωση και διόρθωση ελαφρά παρουσιαζομένων ελαττωματικών καταστάσεων (συμβουλευτικός σταθμός μητρότητας βρεφών κτλ.).

Στους σταθμούς αυτούς σημαντικό ρόλο παίζει ο Νοσηλευτής.

Ο Νοσηλευτής δίνει τις διάφορες απαντήσεις στους γονείς, που έρχονται να ζητήσουν πληροφορίες σχετικές με τα εμβόλια.

Επειδή ένας από τους ρόλους των Κέντρων Υγείας είναι και η πρόληψη των αναπηριών, που αφήνουν ωρισμένα νοσήματα, συχνά διενεργούνται εμβολιασμοί.

Το κυρίαρχο πρόσωπο εδώ και πάλι είναι ο Νοσηλευτής. Αυτός είναι υπεύθυνος τόσο για την τεχνική εκτέλεση των εμβολίων όσο και για την ενημέρωση της μητέρας ή του γονέα σχετικά με τις απορίες τους πάνω στα εμβόλια. Αυτός δίνει τις κατάλληλες οδηγίες. Πόσα είδη εμβολίων έχουμε; Πότε πρέπει να γίνουν, σε ποιές περιπτώσεις δεν πρέπει να γίνουν;

Επισημαίνονται τα σημεία, τα οποία πρέπει να παρατηρεί η μητέρα μετά την εκτέλεση των εμβολίων.

Τα Κέντρα Υγείας εκτελούν έργο σπουδαίο. Με την πρωτοβουλία των υπαλλήλων τους και ιδιαίτερα του Νοσηλευτή

τονίζεται η αξία των εμβολίων, με διαλέξεις. Στις διαλέξεις αυτές κύρια εκφράζεται ο κίνδυνος τον οποίος διατρέχει ένα παιδί αν δεν κάνει ωρισμένα εμβόλια.

Σε περιπτώσεις επιδημιών οι Νοσηλευτές των Κέντρων Υγείας σε συνεργασία και άλλων αρμοδίων, οργανώνουν εμβολιασμούς σε ευρύτερη κλίμακα.

Επειδή υπάρχει κίνδυνος εξάπλωσης των νοσημάτων κάνουν εξορμήσεις μη περιοριζόμενοι στην κατά τόπο περιοχή μόνο. Ο σκοπός τους είναι πάντα ο ίδιος, η πρόληψη της υγείας.

Στα Κέντρα Υγείας τηρούνται ατομικά δελτία, που αναγράφονται τα εμβόλια, τα οποία έχουν κάνει τα παιδιά από την Νοσηλευτή.

Το κοινό πρέπει να έχει πλήρη γνώση σχετικά με τα εμβόλια. Η διαφώτιση πρέπει να λάβει χαρακτήρα ολοκληρωτικό.

Ανθρωποι πόλεων και χωριών πρέπει να γνωρίσουν την αξία των εμβολίων.

Με την διαφώτιση αυτή είναι στενά δεμένος ο Νοσηλευτής.

Όσο πλήρη και αν είναι η οργάνωση, και επαρκής ο εξοπλισμός από την πλευρά του κράτους, όσον αφορά τα εμβόλια, για να έχουμε επιτυχία θα πρέπει να προσέλθει ο πληθυσμός στα συνεργεία εμβολιασμού.

Άκόμα και για τα υποχρεωτικά εμβόλια πρέπει να γίνεται διαφώτιση, διαφορετικά η επιτυχία είναι αμφίβολη και τα αποτελέσματα απογοητευτικά.

Τα ειδικότερα καθήκοντα του Νοσηλευτή στην εφαρμογή των εμβολίων έγκειται στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και είναι:

1. Πρέπει να συμμετέχει παράλληλα μαζί με τον Υγειονολόγο ιατρό, στην έρευνα προς ανίχνευση και διαπίστωση κρουσμάτων λοιμωδών νοσημάτων και στην λήψη άλλων μέτρων προς καταπολέμηση αυτών με τα εμβόλια.

2. Να αναφέρει στον Δ/ντή της Υπηρεσίας, κάθε υποψία ύπαρξης κρουσμάτων λοιμωδών νοσημάτων.

3. Στην διαπίστωση κρούσματος προβαίνει στην λεπτομερή συμπλήρωση του επιδημιολογικού δελτίου συμβάλλει έτσι στην ανακάλυψη της πηγής μόλυνσης, του τρόπου μετάδοσης και στην διενέργεια των εμβολιασμών.

4. Υποδεικνύει και βοηθά στην απομόνωση του ασθενούς και συμβάλλει στην νοσηλεία και την πρόληψη της περαιτέρω μόλυνσης διά του εμβολιασμού.

5. Ενημερώνει την οικογένεια, περιβάλλον και την κοινότητα για την αξία των εμβολίων, την εξυγνίαση περιβάλλοντος και λήψη των ενδεικνυομένων μέτρων, ώστε να μην εξαπλωθεί η μόλυνση.

6. Εκτελεί προφυλακτικούς εμβολιασμούς μετά του ιατρού του υγειονολόγου ή του επιλεγμένου από το Κέντρο Υγείας, στο περιβάλλον του ασθενούς ή γενικό εμβολιασμό των κατοίκων της περιοχής όταν πρόκειται για επιδημία.

ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΜΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
Ανεμοβλογιά	13-17 ημέρες, μπορεί να φτάσει τις 21 ημέρες	5 ημέρες πριν από την εκδήλωση του εξανθήματος και όχι πόνω από 6 ημέρες μετά την εμφάνιση των φουσαλίδων	Άμεση μετάδοση μέσω της αερίας οδού ή με σταγονίδια που μεταφέρουν αναπνευστικές εκκρίσεις. Έμμεση μετάδοση με μολυσματικό υαίμα (α του περιβάλλοντος (σκάνη, αντικείμενα φαγητού κ.αλ) φρεσκομολυσμένα με σπέρμα των φουσαλίδων και των βλεννογόνων του πάσχοντος ατόμου. Οι εσχάρες δεν είναι μολυσματικές. Τα ευπαθή άτομα μπορεί να πάρουν ανεμοβλογιά από άτομα με έρπητα ζωστήρα.
Βουκέλλαση	5-21 ημέρες, σπάνιο. μερικοί μήνες.	κομία απόδειξη μετάδο- τικότητας από άτομα σε άτομα.	Εσπρή με υγρά του οργανισμού, κατούς, σποβαλλόμενα έμβρυα και πλακούντες, μολυσμένων ζώων λήψη γάλακτος και γαλακτομικών προϊόντων από μολυσμένο ζώο εισπνοή μολυσμένου υλικού.

ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΜΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
Γρίπη	1-3 ημέρες	3 ημέρες μετά την εκδήλωση	Άμεση επαφή μόλυνση με σταγονίδια ή επαφή με αντικείμενα φρεσκομολυσμένα με απεκκρίσεις της ρινικής κοιλότητας και του λαιμού πασχόντων.
Διφθερίτιδα	2-5 ημέρες	Συνήθως 2 εβδομάδες ή λιγότερο, αλλά σπάνια πάνω από 4 εβδομάδες. Μπορεί να λαιμώδη βακτηρίδια δεν υπάρχουν πιά στις απεκκρίσεις και τις αλλοιώσεις. Ο μικροβιοφορέας μπορεί να διασπείρει βακτηρίδια για 6 μήνες ή και περισσότερο.	Επαφή με σταγονίδια από το στόμα, την μύτη ή τον λαιμό του πασχόντος στόμου ή του φορέα. Σπάνια από αντικείμενα μολυσμένα με απεκκρίματα από τις αλλοιώσεις των πασχόντων στόμων.
Ερπητα σπλός	μέχρι 2 εβδομάδες	Μέχρι 7 εβδομάδες μετά την ανάρρωση από στοματίτιδα για τον τύπο 1, ιό του σπλου έρπητα (HSV type 1).	Άμεση επαφή με τον ιό στο σάλιο των φορέων.

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΧΑΣΗΣ

ΝΟΣΗΜΑ

Επιπονος ζωντήρος ότι η ανεροβλογιά

Ερυθρά 18 ημέρες κυμαίνεται από 14-21 ημέρες.

1 εβδομάδα πριν και 4 τουλάχιστον ημέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος.

Σταγονίδια ή άμεση επαφή με ρινογαγγλικές εκκρίσεις του πάσχοντος ατόμου ή με αντί-κεντρα μολυσμένα μ αυτός τις εκκρίσεις, μπορεί επίσης να μεταδοθεί με σάρα, αίμα και κόπρανα του πάσχοντος ατόμου.

Ευλογιά 10-12 ημέρες ως την εκδήλωση της νόσου κυμαίνεται από 7-17 ημέρες. 2-4 περισσότερες ημέρες ως την εκδήλωση του (νόσου) εξανθήματος.

Περίπου 3 εβδομάδες από την ανάπτυξη των πρώτων αλλαγύσεων ως την εμφάνιση όλων των φελεξιδων περισσότερο μεταδοτική κατά την διάρκεια της πρώτης εβδομάδας.

Άμεση επαφή με τις απεκκρίσεις του αναπνευστικού, τους βλεννογόνους και τις δερματικές αλλοιώσεις των πασχόντων ατόμων. Άμεση επαφή με αντίκεντρα μολυσμένα από πάσχον άτομο. Μετάδοση με τον σάρα.

Ηπατίτιδα 28-30 ημέρες. Κυμαίνεται από 15-50 ημέρες.

Από το τελευταίο μισό της περιόδου επώσης ως μερικές ημέρες μετά την εκδήλωση του ικτέρου.

Μετάδοση από άτομο σε άτομο μέσω της πεπτικής οδού. Άψη μολυσμένης τροφής και νερού που περιέχουν μολυσμένα ανθρώπινα κόπρανα, αίμα ή ούρα. Παραγενετική χορήγηση μολυσμένου αίματος και παραγώγων του. Μολυσματικές βελόνες σύριγγες και συσκευές ενδοφλέβιων χορηγήσεων.

ΝΟΣΗΜΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΙΔΑΞΗΣ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
Από ομόλογο ορό	60-90 ημέρες. ~Κυμαίνεται από 45-160 ημέρες.	Από μερικές εβδομάδες πριν από την εκδήλωση των συμπτωμάτων ως την αποδραμής της νόσου. Η κατάσταση μικροβιολογίας μπορεί να διαρκέσει για χρόνια.	Παρεντερική χορήγηση μολυσμένου αίματος και παραγώγων του. Μολυσμένες βελόνες, σύριγγες και συσκευές ενδοφλέβιων χορηγήσεων
Ιλαρά	10 ημέρες. Κυμαίνεται από 8-13 ημέρες από την έκθεση ως την εκδήλωση του πυρετού. 14 ημέρες ως την εμφάνιση του εξανθήματος.	Από την αρχή της πρόδρομης περιόδου ως 14 ημέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος.	Με σταγονίδια ή άμεση επαφή με ρινοφάρυγγικές εκκρίσεις ή ούρα του πάσχοντος. Μετάδοση με τον αέρα ή με μολυσμένα στοιχεία του περιβάλλοντος μολυσμένα με ρινοφάρυγγικές εκκρίσεις.
Κοκκύτης	7 ημέρες. Όχι πάνω από 21 ημέρες.	7 ημέρες μετά την έκθεση ως 3 εβδομάδες μετά την εκδήλωση του παροξυσμικού βήχα.	Άμεση επαφή με εκκρίσεις του αναπνευστικού πάσχοντος ατόμου. Μετάδοση με σταγονίδια. Άμεση επαφή με μολυσματικά στοιχεία του περιβάλλοντος μολυσμένα με εκκρίσεις των αναπνευστικών πασχόντων ατόμων.

ΝΟΣΗΜΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΙΔΑΞΗΣ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
Λειτουργική σπλαχνική (Καλά-Αζάρ)	2-4 μήνες. Κυμαί- νεται από 10 ημέ- ρες ως 2 χρόνια.	Εφόσον το παρσμένο στο κυκλοφορούμενο αίμα ή στο δέγμα του ξενιστή (θηλαστικού).	Δείγμα μολυσμένης Αμεση μετάδοση από άτομο και μέσω επίσης αναφερθεί.
Λοιμώδης Μονοκυττάρωση	2-6 εβδομάδες	Αγνώστη.	Μετάδοση από άτομο διά της στοματοφαρυγγικής οδού.
Λύσσα	2-8 εβδομάδες.	Στα ζώα που δαγκώνουν για 3-5 ημέρες πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων και σε όλη την πορεία της νόσου.	Ο ιός μεταφέρεται στο σάλιο από το δάγκωμα του μολυσμένου ζώου.
Μηνιγγίτιδα	3-4 ημέρες. Κυμαίνεται από 2-10 ημέρες.	Όσο διάστημα ο λοιμογόνος παράγοντας υπάρχει στις εκκρίσεις του στόματος και της μύτης ή μεταδοτικότητα σταματά 24 ώρες μετά την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας.	Με σταγονίδια και άμεση επαφή με τις ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις των πασχόντων και των φορέων.
Οστρακιά	1-3 ημέρες.	20-21 ημέρες αν μείνει οθεραπευτή.	Μετάδοση με σταγονίδια από άρρωστο ή φορέα.

ΝΟΣΗΜΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
Παρωτίτιδα	18 ημέρες. Κυμαίνεται από 16-26 ημέρες.	Η μέγιστη μεταδοτικότητα συμβαίνει 48 περίπου ώρες πριν από την εμφάνιση της διόγκωσης. Ο ιός έχει βρεθεί στο σάλιο από 6 ημέρες πριν από την εμφλοκή των σιελογόνων αδένων ως 9 ημέρες μετά από αυτή.	Μετάδοση με σταγονίδια και άμεση επαφή με το σάλιο του πάσχοντα.
Πολυομυελίτιδα	7-12 ημέρες. Κυμαίνεται από 3-21 ημέρες.	7-10 ημέρες πριν και μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων.	Άμεση επαφή με κόπρανα και εκκρίσεις ου φάρυγγα του πάσχοντος.
Τέτανος	10 ημέρες. Κυμαίνεται από 4-21 ημέρες.	Δεν μεταδίδεται άμεσα από άτομο σε άτομο.	Οι σπόροι του τετάνου μπαίνουν μέσα στον οργανισμό μέσω τραυμάτων από νύσσονται όργανα μολυσμένα με χώμα που περιέχει κόπρανα των μολυσμένων ατόμων ή ζώων.

ΝΟΣΗΜΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΙΔΑΞΗΣ	ΠΕΡΙΟΔΟ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
Σολιμονέλλωση	12-36 ώρες. Κυμαίνεται από 6-72 ώρες.	Μερικές ημέρες ως μερικές εβδομάδες σπάνια μία παρο- δική κατάσταση που η μικρο- βιοφορία συνεχίζεται για μήνες αλλά σπάνια και πάνω από 1 χρόνο.	Λήψη τροφής μολυσμένης με κόπρανα του μολυσμένου ανθρώ- που ή ζώου ανεπαρκώς μαγειρε- μένο κρέας, πουλερικά, προϊό- ντα αυγών, φαρμακευτικά που παρασκευάζονται από ζωικά προϊόντα.
Φυματίωση	4-12 εβδομάδες από την μόλυνση ως πρωτοπαθή αλλοίωση.	Εφόσον αποβάλλονται στα πτύελλα λοιμογόνα βακτη- ρίδια της φυματίωσης.	Από τον αέρα αι με σταγονί- δια που σκορπίζονται από τα πτύελλα του πάσχοντος ατόμου.

ΚΕΦ. ΠΕΜΠΤΟ

Νοσηλευτική φροντίδα για λοιμώδη παιδικά νοσήματα

Εισαγωγή στο Νοσοκομείο

Ένα παιδί μπαίνοντας στο Νοσοκομείο είναι φοβισμένο περισσότερο από τον μεγάλο άρρωστο και νοσταλγεί το περιβάλλον του. Η αγάπη των παιδιών γι' αυτά τα ίδια είναι το σπουδαιότερο μέσο για να δώσει ο Νοσηλευτής στο άρρωστο παιδί το αίσθημα της ασφάλειας και στοργής.

Το παιδί δυσκολεύεται να αντιληφθεί γιατί το μεταχειρίζονται με αυτόν τον τρόπο (είσοδος στο Νοσοκομείο απομάκρυνση από το σπίτι).

Ο Νοσηλευτής (ή Νοσηλεύτρια) βοηθούν το παιδί να ωφεληθεί από την θεραπεία που του εφαρμόζεται ή να πετύχουν οι εξετάσεις οι διαγνωστικές κλπ. αν ακολουθεί τα εξής:

Δώστε στο παιδί το αίσθημα της ασφαλείας με το να το μεταχειρίζεσθε ήρεμα, με καλοσύνη και ταυτόχρονα με σταθερότητα.

Ενεργείται όπως όταν είστε βέβαιος ότι το παιδί θα κάνει ό,τι του ζητάτε.

Αν η θεραπεία στην οποία θα υποβληθεί πρόκειται να είναι οδυνηρή να το πείτε στο παιδί αν είναι σε ηλικία να το αντιληφθεί.

Όλες οι προετοιμασίες για την εφαρμογή θεραπείας ή νοσηλείας πρέπει να έχουν εντελώς τελειώσει πριν ο νοσηλευτής πλησιάσει το παιδί.

Στην προετοιμασία μην ξεχνάτε να λάβετε υπόψη και τον

παράγοντα της προσωπικότητας του παιδιού.

Όταν κάνετε μία δυσάρεστη θεραπεία σ' ένα παιδί βεβαιωθείτε ότι τα άλλα δεν το βλέπουν.

Μην αφήνετε ποτέ το παιδί να αντιληφθεί την ανησυχία σας ή τυχόν αισθήματα θυμού ή αντιπάθειας. Φυλάγετε μακριά από το παιδί το υλικό γιατί θα ζητήσει ν' αγγίξει ό,τι θα δει. Σύριγγες, φάρμακα, εργαλεία, δεν πρέπει να βρίσκονται κοντά στο παιδί και δεν πρέπει να βρίσκονται κοντά στο κρεβάτι παρά μόνο όταν πρόκειται να τα μεταχειρισθείτε αμέσως.

Μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας μην αφήνετε ποτέ αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν σ' αυτήν, κοντά στο παιδί (ασφάλειες κτλ.).

Το ευαίσθητο παιδί θα στεναχωρηθεί αν λερώσει τα ρούχα σε έμμετο. Κάθε πρόβλεψη να μην λερωθεί το παιδί το περιορίζει από δυσάρεστα αισθήματα. Ενθαρρύνετε το παιδί να δει το Νοσοκομείο με το ερθό ρόλο στην κοινωνία.

Στηρίζτε και επαινέστε το θάρρος του αν το παιδί είναι αρκετά μεγάλο.

Να είστε πάντοτε καλός αλλά και σταθερός όταν το παιδί είναι πολύ μικρό. Διόρθωση κακών συνηθειών και καλλιέργεια καλών πρέπει να είναι η επίδραση της διανομής του παιδιού στο Νοσοκομείο.

Καλό επίσης θα ήταν να βρίσκαμε μερικά χαιδευτικά ονόματα για ορισμένες πράξεις του.

Μεταχειρισθείτε το παιδί σαν άτομο.

Προσπαθείστε να το καθησυχάσετε από αναπόφευκτους φόβους που δημιουργεί το Νοσοκομείο. Μην συζητάτε για το

παιδί και τα θέματα υγείας μπροστά του.

Λέτε πάντα στο παιδί την αλήθεια.

Έχετε την πεποίθηση ότι θα κάνει ό,τι του ζητάτε.

Να είστε πάντα ήρεμος και να μιλάτε με χαμηλή φωνή. Η ανησυχία σας δεν πρέπει να γίνεται αντιληπτή από το παιδί.

Όταν έχετε να συνεργασθείτε με ένα νευρικό παιδί, εξακριβώστε αν είναι δυνατόν, την αιτία της νευρικότητάς του. Η παραμονή του παιδιού στο κρεβάτι για μεγάλο χρονικό διάστημα συνεχώς του δημιουργεί νευρικότητα. Προσφέρετε του καλοσύνη. Μην του δώσετε στην αρχή ιδιαίτερη σημασία για να μην πιστεύσει πως κάτι φοβερό του συμβαίνει. Πιθανόν να το έχουν φοβίσει με τον γιατρό ή τον Νοσηλευτή και να έχει ανάγκη καθησύχασης και ανάπτυξης αισθήματος ασφάλειας κοντά σας.

Αν το παιδί που νοσηλεύεται είναι άτιθασο, να είστε καλός αλλά και αυστηρός μαζί του. Εξακριβώστε, αν μπορείτε, την αιτία που το παιδί είναι άτιθασο. Μερικές φορές νοσηλεύεται ένα οργίλο παιδί, και εδώ πριν προχωρήσετε πρέπει να βρείτε τρόπους για να το αντιμετωπίσετε. Εξακριβώστε την αιτία. Συνήθως αν αγνοήσετε την οργίλη συμπεριφορά του παιδιού, η οργή θα παύσει διότι δεν θα έχει θεατές.

Το πρόβλημα των παιδιών που νοσηλεύονται σε εξειδικευμένες κλινικές (λοιμώδη) είναι ο φόβος, γιατί βρίσκεται μέσα σ' ένα άγνωστο περιβάλλον όπου δεν μπορεί να απασχοληθεί, να παίξει, να εκτονωθεί με παιδιά συνομηλικά του, σε μία αίθουσα που να την νιώθει δικιά του με τα παιχνίδια του και τα άλλα μέσα ψυχαγωγίας.

Τα συναισθήματα της απομόνωσης και της εγκατάλειψης που νιώθουν τα παιδιά αυτά, είναι έντονα και η παρουσία της μητέρας, των οικείων και των γνωστών προσώπων είναι επιτακτική.

Σε πολλές περιπτώσεις διαπιστώθηκε πως υπάρχει στα μικρά παιδιά σχέση ανάμεσα στον ψυχικό τραυματισμό από την παραμονή του στο Νοσοκομείο και την σωματική εκδήλωση του βρογχικού άσθματος.

Τα πολύ βαρεια άρρωστα παιδιά έχουν εντελώς ξεχωριστή ανάγκη να διατηρούν συνεχή συναισθηματική σχέση με κάποιον.

Αυτό φαίνεται καθαρά από τις ψυχικές φροντίδες στις μονάδες εντατικής θεραπείας, όπου το παιδί είναι απόλυτα απομονωμένο ανάμεσα σ' ένα πλήθος από μηχανήματα παρά το ασταράτητο πήγαινε - έλα του Νοσηλευτού προσωπικού.

Είναι πολύ εύκολο τότε να πάθει ένα σύμπλεγμα εγκατάλειψης και απομόνωσης.

Γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να μπορούν να έρχονται κοντά στο κρεβάτι του παιδιού ακόμα και στην μονάδα εντατικής θεραπείας.

Εχει ανεκτίμητη αξία για την αποκατάσταση του παιδιού η ενεργητική συμμετοχή της μητέρας σαν βοηθητικής νοσοκόμας στην νοσηλεία του για όλες τις ώρες, μέρες ή βδομάδες, που η ζωή του βρίσκεται σε κίνδυνο.

Στις κλινικές για λοιμώδη νοσήματα η υποχρεωτική απομόνωση των παιδιών για πολλές εβδομάδες ήταν ταρπού, και προκαλούσε συχνά πολλές τραγωδίες.

Δεν είναι μακριά η εποχή που η Καραντίνα σε περιπτώσεις οστρακιάς κρατούσε εβδομάδες.

Τα τελευταία χρόνια με την κατανόηση των προβλημάτων από την παρατεταμένη απομόνωση, οι αντιλήψεις για την νοσηλεία έγιναν πιο φιλελεύθερες.

Η μητέρα δεν εμποδίζεται πιά να μείνει με το παιδί της που βρίσκεται στην απομόνωση αρκεί να τηρεί ωρισμένους βασικούς κανόνες σωματικής υγιεινής.

Η Νοσηλεία του παιδιού με λοιμώδες νόσημα

Η νοσηλεία του παιδιού με λοιμώδες νόσημα στηρίζεται στην τεχνική της απομόνωσης. Όταν μιλούμε για απομόνωση εννοούμε τον περιορισμό του ατόμου ή των ατόμων μέσα σ' ένα χώρο που πληρεί ειδικούς όρους.

Σκοπός της απομόνωσης είναι, η παρεμπόδιση της άμεσης ή έμμεσης του λοιμογόνου παράγοντα μετάδοσης, κατά την περίοδο που ο παράγων μεταδίδεται. Ο χρόνος αλλά και ο τρόπος που ο κάθε λοιμογόνος παράγων μεταδίδεται δεν είναι ο ίδιος. Γι' αυτό προκειμένου να εφαρμοστεί αποτελεσματικά η απομόνωση θα πρέπει:

1. Ο χώρος στον οποίο απομονώνεται το άρρωστο παιδί να πληρεί ορισμένους όρους.

2. Τα άτομα που νοσηλεύουν άρρώστους με μεταδοτικά νοσήματα θα πρέπει να γνωρίζουν τον ασφαλή τρόπο νοσηλείας για τον άρρωστο το περιβάλλον και τον εαυτό τους.

Απαραίτητη αρχιτεκτονική και εξοπλισμός των χώρων στους οποίους νοσηλεύονται άρρωστα με μεταδοτικά νοσήματα παιδιά είναι:

1. Ο θάλαμος του αρρώστου να διαθέτει προθάλαμο, με μη παράλληλες εισόδους.

2. Για κάθε θάλαμο να υπάρχει λουτροκαμινέ.

3. Στον προθάλαμο να υπάρχει:

- α) Νιπτήρας με κρύο και ζεστό νερό.

- β) Ντουλάπια για δίσκους νοσηλείας και ιματισμός.

- γ) Λεκάνη με στατό με αντισηπτική διάλυση για την απολύμανση των χεριών.

δ) Κρεμάστρα για την προφυλακτική μπλουζα.

ε) Οι τοίχοι που χωρίζουν το θάλαμο με τον προθάλαμο να είναι κατά τα 2/3 διαφανείς.

στ) Κουβάς με αντισηπτική διάλυση για τον ακάθαρτο ιματισμό.

4. Να υπάρχει υρολόγι τοίχου στο θάλαμο ή στον προθάλαμο, θεατό και από τους δύο χώρους.

5. Ο θάλαμος πρέπει να είναι ευχάριστος, αλλά και να περιέχει τα απολύτως απαραίτητα αντικείμενα. Ο,τι δε, υπάρχει στον θάλαμο να πρέπει να απολυμαίνεται ή να αποστειρώνεται.

Η προετοιμασία του προσωπικού για την νοσηλεία αρρώστου παιδιού με λοιμώδες νόσημα θα πρέπει να περιλαμβάνει:

1) Απόκτηση γνώσεων ειδικών για κάθε μεταδοτικό νόσημα: Δηλαδή ποτέ ένα νόσημα είναι μεταδοτικό, πώς μεταδίδεται, ποιές εκκρίσεις φιλοξενούν τα μικρόβια και για πόσο χρόνο, ο άρρωστος μπορεί να είναι φορέας του μικροβίου, πώς διαπιστώνεται ο μικροβιοφορέας, ποιός είναι ο χρόνος επώασης του λοιμώδους νοσήματος, ποιά είναι τα πρόδρομα συμπτώματα του νοσήματος αυτού, πώς διαπιστώνεται ότι ένα άτομο έχει ανοσία ενάντια του νοσήματος και πώς μπορεί να προφυλαχθεί το παιδί να μην αρρωστήσει από αυτό το λοιμώδες νόσημα.

2) Εξειδίκευση στον τρόπο νοσηλείας ασθενούς παιδιού με λοιμώδες νόσημα, ειδικότερα θα πρέπει να ξέρει ότι:

α) Ο ασθενής και το περιβάλλον του λογίζονται σαν χωριστή "μολυσματική περιοχή" και κάθετι που έρχεται σε επαφή με την περιοχή αυτή θεωρείται μολυσμένο.

β) Το άρρωστο παιδί πρέπει να περιορίζεται στην μολυσματική του περιοχή.

Μπορεί να χρησιμοποιεί το λουτρό που χρησιμοποιούν άρρωστα παιδιά από το ίδιο νόσημα (όταν δεν υπάρχει λουτρό στον θάλαμο).

γ) Στον κάθε θάλαμο μπορεί να νοσηλεύει περισσότερα από ένα παιδιά αλλά που πάσχουν από το ίδιο νόσημα. Στα παιδιά αυτά δεν ενθαρρύνεται η άμεση και έμμεση με τα παιχνίδια και βιβλία επαφή, για την πρόληψη επαναμόλυνσης.

δ) Ο αριθμός των επισκεπτών περιορίζεται στον ένα στενό συγγενή και πάντοτε πρέπει να φορεί προφυλακτική μπλούζα και μάσκα και να διδάσκεται τους τρόπους της χρησιμοποίησής τους και πώς να προφυλάσσεται από την μόλυνση του νοσήματος αυτού.

ε) Η απορόνωση επιτυγχάνεται όταν ο Νοσηλευτής δεν φεύγει από το θάλαμο και εξυπηρετείται για τον εφοδιασμό υλικού κ.αλ. από τον νοσηλευτή κίνησης.

στ) Ο τρόπος μεταχείρισης των εκκρίματων και απεκκριμάτων έχει μεγάλη σημασία στην διασπορά του νοσήματος.

Δηλαδή, τα εκκρίματα συγκεντρώνονται σε χαρτοσακκούλες και καίγονται, τα απεκκρίματα, όταν η αρρώστια μεταδίδεται με αυτά π.χ. κόπρανα, ούρα κτλ. απολυμαίνονται πριν ριφθούν στο αποχέτευτικό σύστημα.

ζ) Ο ορθός τρόπος χρησιμοποίησης προφυλακτικής μπλούζας και μάσκας αποτελεί ασφαλή μέσο προστασίας του περιβάλλοντος και του ίδιου.

η) Το θεραπευμένο παιδί πριν φύγει από το Νοσοκομείο

κάνει λουτρό καθαριότητας, λούσιμο κεφαλής, φοράει καθαρά ρούχα και μεταφέρεται σε μη μολυσμένο περιβάλλον.

θ) Τα ατομικά αντικείμενα του παιδιού πριν τα παραδώσουμε στους γονείς του, απολυμαίνονται ή αποστειρώνονται.

ι) Υπάρχουν τρόποι που χρησιμοποιούνται για την καθαριότητα και την συνεχή απολύμανση του άμεσου και έμμεσου περιβάλλοντος του άρρωστου παιδιού.

ια) Είναι ανάγκη ν' απολυμανθεί η περιοχή του άρρωστου παιδιού μετά την έξοδό του από το Νοσοκομείο δηλ. να απολυμανθούν τα έπιπλα του θαλάμου και να απολυμανθούν ή αποστειρωθούν (βρασμός - κλίβανος) τα είδη που χρησιμοποίησε το άρρωστο παιδί π.χ. νεφροειδές, σκεύος εστίασης, στρωμένη, κουβέρτες, είδη ιματισμού κτλ.

Καθαρίζονται και απολυμαίνονται οι τοίχοι και το δάπεδο του δωματίου, του προθαλάμου και του λουτρού του ασθενούς.

Ξερίζεται καλά ο θάλαμος επί 24 ώρες, πριν χρησιμοποιηθεί. Η τελική απολύμανση με φορμόλη δεν είναι απαραίτητη για όλα τα νοσήματα.

ιβ) Αν χρειασθεί να μεταφερθεί ο ασθενής στο χειρουργείο, στο ακτινολογικό εργαστήριο ή άλλο χώρο του Νοσοκομείου, θα πρέπει να το τυλίξουμε με σινδόνι καθαρό ή να φορέσει ρόμπα καθαρή και να χρησιμοποιεί μάσκα, αν το νόσημα μεταδίδεται με σταγονίδια.

Ο Νοσηλευτής που συνοδεύει το παιδί φοράει καθαρή προφυλακτική μπλούζα.

Τα αντικείμενα που μολύνθηκαν στο χώρο που μεταφέρθηκε το άρρωστο παιδί πρέπει να απολυμανθούν.

3. Ενημέρωση για το πώς να φροντίζει ο Νοσηλευτής το υλικό, που χρησιμοποιείται από το άρρωστο παιδί, δηλαδή:

α) Οι δίσκοι και τα σκεύη εστίασης μπορούν να αποστειρωθούν σε κλίβανο με το βρασμό ή να απολυμανθούν με αντισηπτική διάλυση.

β) Το ουροδοχείο, η σκωραμίδα και το νεφροειδές πρέπει να είναι ατομικά για κάθε άρρωστο, να απολυμαίνονται κατά την διάρκεια που το άρρωστο παιδί νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο και να αποστειρώνονται σε κλίβανο ή με βρασμό μετά την αποχώρησή του.

γ) Τα παιχνίδια που χρησιμοποίησε το άρρωστο παιδί, να αποστειρωθούν ή να απολυμανθούν πριν τα πάρει στο σπίτι, ή χρησιμοποιηθούν από άλλα παιδιά.

δ) Γνώση των θεμάτων απολύμανση - αποστείρωση και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την επιτυχία τους.

ε) Ανάπτυξη ικανοτήτων, στην μεταβίβαση των γνώσεων του σε αυτούς που τις έχουν ανάγκη π.χ. βοηθητικό προσωπικό, γονείς κ.αλ.

Όταν το παιδί βρίσκεται σε ανάρρωση μπορεί να παίζει στο ύπαιθρο με ορισμένα μέτρα προφύλαξης.

Ακόμη όλα τα πρόσωπα που έρχονται σε επαφή με το παιδί που πάσχει από μεταδοτικό νόσημα πρέπει:

Να είναι υγιή.

Να μην πάσχουν από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος.

Να είναι εμβολιασμένα έναντι των πιο συχνών μεταδοτικών νοσημάτων της πατρίδας τους.

Υποχρέωση του Νοσηλευτή είναι να παρακολουθεί αν το

άλλο προσωπικό εφαρμόζει ορθές αρχές για την απομόνωση του λοιμώδους νοσήματος, για την προφύλαξη του αρρώστου του περιβάλλοντος και του εαυτού του.

Όλα σχεδόν τα λοιμώδη νοσήματα έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά:

1. Κάνουν υψηλό πυρετό.
2. Έχουν γενική κακουχία και ανορεξία.
3. Παρουσιάζουν εξάνθημα.

Η νοσηλευτική δε φροντίδα του αρρώστου παιδιού με υψηλό πυρετό αποβλέπει:

α) Στην μείωση του πυρετού. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενυδάτωση του αρρώστου. Υγρά χορηγούμε παρεντερικώς και από το στόμα. Ακόμα η ανακούφιση από τον υψηλό πυρετό επιτυγχάνεται και με νοσηλευτικά μέτρα, όπως είναι το δροσερό λουτρό, ψυχρές περιτυλίξεις, λουτρό με ψυχρούς τρίφτες και ψυχρός υποκλισμός.

Στο δροσερό λουτρό βάζουμε το παιδί σε μπάνιο που το νερό έχει θερμοκρασία (3 βαθμούς) τρεις βαθμούς μικρότερη από την θερμοκρασία του σώματος του παιδιού π.χ. εάν το παιδί έχει 40 βαθμούς C το νερό του μπάνιου έχει θερμοκρασία 37 βαθμούς C. Διαδοχικά μειώνουμε την θερμοκρασία του λουτρού στους 26C και κατόπιν την ανεβάζουμε στους 37 C. Μετά από λουτρό κάνουμε εντριβή σε όλο το σώμα του παιδιού. Όταν εφαρμόζουμε ψυχρές περιτυλίξεις ή κάνουμε στο παιδί λουτρό με κρύους τρίφτες τοποθετούμε στα πόδια του παιδιού θερμοφόρα και το κεφαλάκι του παγοκύστη.

Το νερό της λεκάνης που εβαπτιζουμε τους τρίφτες ή τα

επιθέματα για την περιτύλιξη, είναι στην αρχή νερό κρύο της βρύσης, μετά τοποθετούμε παγάκια. Όσο για τον ψυχρό υποκλισμό η θερμοκρασία του νερού είναι 3 - 5 βαθμούς μικρότερη από την θερμοκρασία του σώματος.

Για την μείωση του πυρετού μπορούμε να δώσουμε στο παιδί αντιπυρετικά κατάπιν συνεννόησης με τον γιατρό.

β) Στην ανακούφιση του παιδιού από τις επιπτώσεις του υψηλού πυρετού π.χ. στόμα ξερό, γλώσσα επίχρηση κτλ.

Η γενική κακουχία επιδεινώνεται με την αύξηση της θερμοκρασίας του παιδιού. Χαρακτηριστικό σημείο της γενικής κακουχίας είναι η ανορεξία. Δεν πιέζουμε, το παιδί να φάει, του δίνουμε εύληπτες τροφές όπως ένα δροσερό γάλα, χυμούς φρούτων, για να καλύψουμε τις ανάγκες του σε θρεπτικά συστατικά και θερμίδες.

Όταν το παιδί παρουσιάσει εξάνθημα παρακολουθούμε την φύση του εξανθήματος και την εντόπιση. Δεν επιτρέπεται η τριβή του εξανθήματος, συνιστάται η καθαριότητα του δέρματος που έχει καταληφθεί το εξάνθημα.

Επίπαση με τάλκ στο εξάνθημα που συνοδεύεται με κνησμό, περιορίζεται την ένταση του κνησμού.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της Διφθερίτιδας

Στην διφθερίτιδα η νοσηλεύτρια αποβλέπει:

1. Στην πρόληψη εμφάνισης της αρρώστιας και στον περιορισμό της διασποράς της. Αυτό επιτυγχάνεται με:

α) Ενημέρωση του κοινού για τον τρόπο προφυλάξεως από την διφθερίτιδα.

β) Υποχρεωτικός εμβολιασμός με το εμβόλιο D.T.P και παρακολούθηση εφαρμογής αναμνηστικής δόσεως του εμβολίου.

γ) Εντόπιση ευπαθών ομάδων πληθυσμού και εκτέλεση της αναμνηστικής δόσεως του εμβολίου.

δ) Έλεγχος του περιβάλλοντος του αρρώστου (συγγενής, προσωπικό κ.αλ) για ανεύρεση μικροβιοφορέων.

ε) Προφύλαξη του περιβάλλοντος από το κορυνοβακτηρίδιο με αυστηρή απομόνωση και προφυλακτικά μέτρα για τον χειρισμό εκκρίσεων από το στόμα.

2. Στην πρόληψη των επιπλοκών. Αυτό επιτυγχάνεται με:

α) Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων (σφυγμοί, αρτηριακή πίεση αίματος) για έγκαιρη διαπίστωση παρεκκλίσεων από το φυσιολογικό, που πιθανόν να οφείλεται σε καρδιακή ανεπάρκεια από εκφύλιση του μυοκαρδίου. Η βλάβη εμφανίζεται την 1η με 2η βδομάδα.

β) Παρακολούθηση του αρρώστου για κατακράτηση υγρών (οίδημα στα κάτω άκρα) δύσπνοια (δεν αισθάνεται άνεση στο ένα ή 2 μαξιλάρια), συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας.

γ) Ενισχύεται ο άρρωστος να παραμένει στο κρεβάτι, να μην κουράζεται, ώστε να μην επιβαρύνεται το έργο της καρδιάς.

δ) Ο άρρωστος παρακολουθείτε για (α) συμπτώματα παραλύσεως της μαλακής υπερώας, όπως ανάρροια υγρών (στην κατάποση υγρών τα υγρά κατευθύνονται προς την ρινική κοιλότητα) και ρινοφωνία, που συνήθως εκδηλώνεται στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, (β) διπλωπία, στραβισμός (μείωση προσαρμοστικής ικανότητας του οφθαλμού από παράλυση των μυών του), βλεφαρόπτωση συνήθως παρατηρείται την 3η εβδομάδα, (γ) αδυναμία άκρων, αστάθεια στο βάδισμα, πτώση παλάμης κ.αλ. εκδηλώνονται την 4η εβδομάδα.

ε) Η εμφάνιση δύσπνοιας χωρίς επιβάρυνση της καρδιάς συνήθως οφείλεται στην απόφραξη μερικής ή ολικής του λάρυγγα από ψευδομεμβράνη. Η έγκαιρη διάγνωση βοηθάει στην αντιμετώπιση του αρρώστου με τραχειοτομή.

3. Ανακούφιση του αρρώστου από τις εκδηλώσεις της νόσου.

α) Βοηθείται ο άρρωστος με επαρκή ανάπαυση, αναλγητικά αντιπυρετικά (αν χρειάζεται) να μειωθεί το αίσθημα της κακουχίας.

β) Το διαιτολόγιό τους στην αρχή υγρά τροφή, κατόπιν πολτώδης και μετά ελαφρά καλύπτει τόσο τις ανάγκες του οργανισμού σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες όσο και σε θερμίδες.

Στην περίπτωση παραλύσεως μαλακής υπερώας δεν δίδεται υδαρής τροφή, αλλά πολτώδης, αν και η πολτώδης δεν προχωρεί την φυσιολογική πεπτική οδό, εφαρμόζεται τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα.

γ) Παρακολουθείται η κένωση του εντέρου. Αν παρουσιασθεί δυσκοιλιότητα βοηθείται ο άρρωστος με υπακτικά

φάρμακα, υπόθετο γλυκερίνης ή και υποκλυσμός.

δ) Η θερμοκρασία του δωματίου δεν πρέπει να είναι περισσότερη από 22 βαθμούς C και διατηρείται υγρή η ατμόσφαιρα.

ε) Γίνεται καθαριότητα και αντισηψία της ρινοστοματοφαρυγγικής κοιλότητας για να απομακρύνουμε ψευδομεμβράνες, αν υπάρχουν, και για να προλάβουμε κακοσμία κτλ.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά του τετάνου

Ο πρώτος αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

Η πρόληψη της αναπτύξεως της αρρώστιας.

Την πετυχαίνουμε με τα πιο κάτω μέτρα:

1. Κάθε διακοπή της συνέχειας του δέρματος (πληγή) να θεωρείται σαν δυνατή θύρα εισόδου του βακτηριδίου του τετάνου. Γι' αυτό πρέπει:

α) Να γίνει πολύ καλός χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος (απομακρύνονται ξένα σώματα με πολύ καλό πλύσιμο και αφαιρούνται οι νεκρωμένοι ιστοί).

β) Εφαρμόζεται ανοσοποίηση, που θα επηρεασθεί από τους παράγοντες: αν το άτομο έχει εμβολιασθεί με αντιτετανικό εμβόλιο, την φύση του τραύματος και πότε έγινε, καθώς επίσης και τις συνθήκες τραυματισμού.

γ) Χορήγηση αντιβιοτικών, στα οποία είναι ευαίσθητος ο βάκιλλος τις πρώτες 6 ώρες από τον τραυματισμό και για 5 τουλάχιστον μέρες.

2. Πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.

α) Διατήρηση ανοικτής της αεροφόρου οδού (οι τετανικοί σπασμοί του λάρυγγα, ψάρυγγα και των αναπνευστικών μυών μπορεί να προκαλέσουν ασφυξία και θάνατο) με:

Τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα.

Τραχειοτομή (η νοσηλεύτρια είναι έτοιμη για τραχειοτομή που μπορεί να γίνει στο θάλαμο του αρρώστου) αν κριθεί απαραίτητη. Οι νοσηλευτικές ανάγκες του αρρώστου με τραχειοστομία είναι πολύ μεγάλες.

β) Διατήρηση καλού αερισμού των πνευμόνων στον άρρωστο

του οποίου οι σπασμοί αντιμετωπίζονται με διαζεπάμη ή με κουράριο με την εφαρμογή τεχνητής αναπνοής.

γ) Περιορισμός της συχνότητας και εντάσεως των σπασμών με την μείωση οπτικών, αισθητικών και ακουστικών ερεθισμάτων και την χορήγηση ηρεμιστικών, μυοχαλαρωτικών και αντισπασμωδικών φαρμάκων. Ειδικότερα ο άρρωστος νοσηλεύεται σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο, με αμυδρό (λίγο) φωτισμό, με πολύ περιορισμένο επισκεπτήριο και με συνθήκες πολύ μεγάλης ησυχίας. Περιορίζονται οι εσωτερικές και εξωτερικές πηγές θορύβου όπως έντονες ομιλίες, μετακίνηση ή τρίξιμο μηχανημάτων, επίπλων κ.αλ αποφεύγεται το ακούμπισμα στο κρεβάτι και η επαφή (άγγιγμα) με τον άρρωστο και κυρίως με κρύα χέρια, εκτός αν είναι απόλυτα απαραίτητα. Αποφεύγονται απότομα ερεθίσματα, όπως έντονος θορυβώδης είσοδος από μέλη της ομάδας υγείας στον θάλαμο κ.αλ.

3. Κάλυψη όλων των αναγκών του αρρώστου.

α) Λαμβάνονται μέτρα ασφαλείας και προστασίας του αρρώστου κατά την φάση των σπασμών, όπως:

Τοποθέτηση προφυλακτήρων στο κρεβάτι.

Παραμονή νοσηλευτικού προσωπικού κοντά στον άρρωστο.

Πρόληψη εισροφήσεως εμέτων ή εκκρίσεων στοματικής κοιλότητας.

β) Η διατροφή και ενυδάτωση του αρρώστου, όταν δεν μπορεί να γίνει από την φυσιολογική οδό, επιτυγχάνεται με εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά του κοκκύτη

Κύριο μέλημά μας είναι η πρόληψη του κοκκύτη και περιορισμός της διασποράς. Αυτό επιτυγχάνεται:

α) Με ενημέρωση του κοινού για τον τρόπο προφύλαξης από τον κοκκύτη.

β) Υποχρεωτικός εμβολιασμός καθώς και η αναμνηστική δόση του εμβολίου.

γ) Εντόπιση ευπαθών ομάδων πληθυσμού.

δ) Έλεγχος του περιβάλλοντος (συγγενείς κ.αλ) για ανεύρεση αιμόφιλου του κοκκύτου.

Ανακούφιση του αρρώστου παιδιού από τα συμπτώματα της ασθένειας.

Για την ανακούφιση από τον βήχα πρέπει:

α) Συχνή μετακίνηση του αρρώστου (παιδιού) σε υπαία θέση.

β) Δύο-τρεις βαθιές εισπνοές και εκπνοές.

γ) Ενθαρρύνουμε το παιδί να βήχει καθώς βοηθείται από την νοσοκόμα.

δ) Χρησιμοποιούμε αντιβηχικά κατά το παροξυσμικό στάδιο.

Για την αποφυγή από την κυάνωση πρέπει:

α) Εξασφάλιση σταθερής θερμοκρασίας στο δωμάτιο του παιδιού.

β) Εξασφάλιση κρεβατιών κοντά σε κεντρική παροχή O₂ με συσκευή υγρανσης.

γ) Εάν πρόκειται για νοεγνό ετοιμασία της θερμοκιτίδας και νοσηλεία μέσα σ' αυτή.

δ) Προσοχή στην δόση του χρησιμοποιούμενου O₂.

Πρόληψη των επιπλοκών:

α) Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων (σφυγμοί, αρτηριακή πίεση) για τυχόν παρέκλιση από το φυσιολογικό.

β) Ο ασθενής νοσηλεύεται σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο, με λίγο φωτισμό και πολύ περιορισμένο επίσκεπτήριο και με συνθήκες μεγάλης ησυχίας.

γ) Παρακολούθηση του αναπνευστικού συστήματος για τυχόν εμφάνιση βρογχοπνευμονίας, βρογχεκτασίας κτλ.

δ) Διατήρηση ανοικτής της αερωφόρου οδού.

ε) Παρακολούθηση του αρρώστου παιδιού για επιπλοκές από το Κ.Μ.Σ.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της οστρακιάς

Κύριο μέλημα του Νοσηλευτή είναι η ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα.

Σκεπάζει το παιδί καλά (για την καταπολέμηση από το ρίγος) και αποφυγή από τα ρεύματα αέρα.

Για την μείωση του πυρετού θα πρέπει ο Νοσηλευτής να κάνει :

α) Συχνή και σωστή λήψη της θερμοκρασίας, σωστή καταγραφή στο θερμομετρικό διάγραμμα.

β) Συχνή πλύση του στόματος των πυρεσσόντων παιδιών.

Καλός καθαρισμός του δέρματος και απομάκρυνση των ρούχων μετά την εφίδρωση.

γ) Χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης.

δ) Τακτική χορήγηση αντιπυρετικών κατόπιν εντολής γιατρού για την αποφυγή σπασμών.

ε) Σε υψηλό πυρετό λουτρό σε θερμοκρασία χαμηλότερης της θερμοκρασίας του σώματος αν η κατάσταση του παιδιού το επιτρέπει.

Όσο για τον εμετό πρέπει να γίνεται :

α) Καλή περιγραφή του εμέτου, αν είναι ορυκτοσειδής, αν είναι υδαρής, τροφώδης κτλ. για την καλή ιατρική αντιμετώπιση.

β) Διατήρηση καλής καθαριότητας της στοματικής κοιλότητας και του ιματισμού.

γ) Προφύλαξη των μυρών από εισρόφηση για την προστασία από πνευμονία.

δ) Παρακολουθούμε το παιδί για συμπτώματα αφυδάτωσης.

Γιὰ τὸ ἐξάνθημα ποὺ ἐμφανίζεται στὴν γλῶσσα γίνονται συχνές πλύσεις στόματος καὶ ἀντισηψία τοῦ ρινοφάρυγγα.

Τὸ ἐξάνθημα ἐμφανίζεται μετὰ 12-72 ὥρες. Ὁ Νοσηλευτὴς σ' αὐτὴ τὴν περίπτωση θα πρέπει νὰ διατηρεῖ τὸ σῶμα τοῦ παιδιοῦ καθαρὸ, συχνὴ ἀλλαγὴ ἐνδυμάτων καὶ τοῦ ιματισμοῦ των κρεβατιῶν καὶ ἐπάληψη με σκόνη ψισάν.

Τὸ ἀρρωστο παιδί παραμένει ἀπομονωμένο καὶ με συνθήκες μεγάλης ησυχίας.

Στὸ ἀπομονωμένο δωμάτιο μπορεῖ νὰ βρεῖται καὶ ἡ μητέρα τοῦ παιδιοῦ φορώντας πάντα προφυλακτικὴ μπλούζα καὶ μάσκα.

Ὅλο τὸ υἷκό ποὺ χρησιμοποιεῖται καθὼς καὶ τὰ παιχνίδια τοῦ ἀπολυμαίνονται.

Τὸ θερμόμετρο τοῦ παιδιοῦ συνηθῶς εἶναι ἀτομικὸ καὶ βρεῖται στὸ δωμάτιό του καὶ ἀπολυμαίνεται.

Ὁ Νοσηλευτὴς πρέπει νὰ ἀντιλαμβάνεται ὅλες τὶς ἀνάγκες τοῦ παιδιοῦ.

Πρέπει νὰ προσπαθῆσει νὰ διώξει τοὺς φόβους του (ὅπως ἡ εἰσοδός του στὸ Νοσοκομεῖο). Νὰ συζητᾶει μαζί του γιὰ τὸ εἶδος τῆς νοσηλείας (αν τὸ παιδί βρεῖται σὲ κάποια ἡλικία καὶ μπορεῖ νὰ καταλάβει).

Με ἓνα παιχνίδι μπορεῖ γρήγορα τὸ παιδί νὰ ξεχάσει τὸ δυσάρεστο κάποιας νοσηλείας.

Ὅταν τὸ παιδί φεύγει ἀπὸ τὸ νοσοκομεῖο κάνει λουτρό καθαριότητος, λούσιμο κεφαλῆς, φοράει καθαρὰ ρούχα καὶ μεταφέρεται σὲ μὴ μολυσμένο περιβάλλον.

Τὰ ἀτομικὰ ἀντικείμενα τοῦ παιδιοῦ ἀπολυμαίνονται καὶ κατόπιν δίνονται στοὺς γονεῖς του.

Μετά την έξοδό του από το Νοσοκομείο ο Νοσηλευτής απολυμαίνει το δωμάτιο του παιδιού (τοίχοι και δάπεδα) του προθαλάμου και του λουτρού. Δερίζεται για 24 ώρες.

Για την προφύλαξη από την οστρακιά γίνεται σωστή ενημέρωση του κοινού, έλεγχος του περιβάλλοντος για ανεύρεση του β-αιμολυτικού στρεπτοκόκκου.

Εντόπιση ευπαθών ομάδων πληθυσμού.

Εμβολιασμός για την οστρακιά δεν υπάρχει.

Παρακολουθείται εκτεταμένα το παιδί για την εμφάνιση των επιπλοκών και την άμεση αντιμετώπισή τους.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της Πυώδης Μηνιγγίτις

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

1. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου και τις επιπτώσεις του:

α) Ανακούφιση από τον πυρετό (όπως έχουν προαναφερθεί).

β) Ο άρρωστος ανακουφίζεται από τον πονοκέφαλο όταν περιορίσουμε τους θορύβους, το δυνατό φως, και του βάζουμε κρύες κομπρέσες στο κεφάλι.

γ) Η μυϊκή δυσκαμψία ανακουφίζεται και περιορίζονται οι σπασμοί, με μυοχαλαρωτικά, ύστερα από ιατρική οδηγία, όταν περιορίσουμε ό,τι προκαλεί διέγερση (θόρυβος, έντονο φωτισμό, απότομες και βίαιες κινήσεις, ανομοιόμορφη θερμοκρασία περιβάλλοντος, κρύο νερό στο λουτρό καθαριότητας, επαφή με κρύα χέρια κ.αλ).

δ) Πρόληψη εμετών με περιορισμό προσλαμβανόμενων υγρών από το στόμα, πάυση στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό, μετά από κάθε έμετο, απομάκρυνση εμεσμάτων.

ε) Εφαρμογή μέτρων για την διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών από ενυδάτωση, παρακολούθηση ισοζυγίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών κ.αλ, παρακολούθηση του αρρώστου για έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

στ) Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη κατακλίσεων. Αυτή συνιστάται:

Στο πλύσιμο του γύρω από την κατάκλιση υγιούς δέρματος με ζεστή σαπουνάδα και εντριβή με οινόπνευμα. Η φροντίδα αυτή αποσκοπεί στην ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος γύρω από την κατάκλιση και την ενίσχυση της απομάκρυνσης της και την μείωση πιθανοτήτων μόλυνσεων.

Στην περίπτωση της κατακλίσεως κατά την οποία τηρούνται όροι ασηψίας προς αποφυγή μόλυνσεων.

Στην χορήγηση τροφής πλούσιας σε λευκώματα. Την τόνωση του οργανισμού και επομένως και την απομάκρυνση της κατακλίσεως βοηθάει η χορήγηση πλάσματος ή αίματος.

Στην κατάλληλη τοποθέτηση του παιδιού στο κρεβάτι προς αποφυγή πιέσεως του τραύματος.

ζ) Προφύλαξη του αρρώστου από κακώσεις όταν η επαφή του με το περιβάλλον δεν είναι πολύ καλή.

η) Υποβαστάζεται το παιδί κατά τις οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις.

2. Πρόληψη έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών.

α) Η έγκαιρη εφαρμογή της θεραπείας με απόλυτη ακρίβεια στην δόση, χρόνο και οδό αποτελεί το ουσιαστικό μέτρο στην πρόληψη των επιπλοκών.

β) Προσεκτική παρατήρηση του παιδιού για έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων αυξησεως της πίεσεως του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, οιδήματος εγκεφάλου, υδροκέφαλου κ.αλ.

γ) Υποβάσταξη της οικογένειας όταν το παιδί τους έπαθε μόνιμες εγκεφαλικές βλάβες (διανοητική καθυστέρηση).

3. Προφύλαξη από την νόσο, πρόληψη της διασποράς.

α) Για την προφύλαξη από την νόσο αναζητούνται οι

υγιείς μικροβιοφορείς (αποκλειστικά άνθρωποι), που το ποσοστό τους είναι αυξημένο στο τέλος του χειμώνα και την αρχή της ανοίξεως.

Ο μηνιγγιτιδόκοκκος είναι πολύ ευαίσθητος στις επιδράσεις του περιβάλλοντος (καταστρέφεται σε θερμοκρασία 55 βαθμούς C για λιγότερο από 5'λεπτά) και των αντισηπτικών (καταστρέφεται σε 1 λεπτό μετά από επίδραση 1% φαινόλης).

Σήμερα η πρόληψη της νόσου γίνεται και με εμβόλιο (περιέχει πολυσακχαριδικό αντιγόνο του ελύτρου των ομάδων A και C, δεν υπάρχει ακόμη εμβόλιο για την πρόληψη λοιμώξεων της ομάδας B).

Μέτρα επίσης αποτελεσματικά για την προφύλαξη από την νόσο ή την διάσπαση μιάς επιδημίας είναι αραίωση των ατόμων που ζουν μαζί (σχολείο). Γι' αυτό άλλωστε κλείνουν τα σχολεία κατά την εμφάνιση επιδημίας μηνιγγιτίτιδας. Επίσης σε περίοδο επιδημίας, όσοι έρχονται σε επαφή με τους αρρώστους προφυλάσσονται από την νόσο αν πάρουν αμπικιλλίνη ή ριβαμπικίνη για 3-4 ημέρες. Με τον τρόπο αυτό καταστρέφονται οι μηνιγγιτιδόκοκκοι στο ρινοφάρυγγα των υγιών ατόμων.

β) Για να μην μεταδοθεί σε πολλά παιδι η αρρώστια λαμβάνονται τα μέτρα απομονώσεως καθώς και τα μέτρα που λαμβάνονται για τον χειρισμό των εκκρίσεων από το στόμα.

Ακόμη, για την πρόληψη της διασποράς του νοσήματος γίνεται αντισηψία του ρινοφάρυγγα του αρρώστου και λαμβάνονται μέτρα απολύμανσης του υλικού που χρησιμοποιήθηκε κατά την οψυκωνωτιαία παρακέντηση, αιμοληψία, καθώς επίσης και του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και

αίματος πριν πεταχθούν.

Τα μέτρα απομονώσεως του αρρώστου παιδιού δεν λαμβάνονται όταν η καλλιέργεια ρινοφαρυγγικού εκκρίματος για μηνιγγιτιδόκοκκο είναι αρνητική.

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

Νοσηλευτική φροντίδα κατά των Σαλμονελλώσεων

Τυφοειδής πυρετός:

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου.

α) Ακριβής τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (θεραπευτική, ανακουφιστική).

β) Εφαρμογή νοσηλευτικών δραστηριοτήτων για την μείωση και ανακούφιση του άρρωστου παιδιού από τον πυρετό.

γ) Τρίωρη μέτρηση και αναγραφή θερμοκρασίας και σφυγμών.

δ) Προστασία του αρρώστου στην ψάση της θολύσεως της διάνοιας, ημιαφασίας, παραληρήματος, διεργέρσεως και μεγάλης καταβολής δυνάμεων και προσπάθεια να διατηρηθεί επαφή, επικοινωνία και συνεργασία με τον άρρωστο.

ε) Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση δυσκοιλιότητας. Εφαρμόζονται μέτρα για την πρόληψή της, όπως τοποθέτηση υπόθετου γλυκερίνης. Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας εκτελούνται υποκλύσμοι με φυσιολογικό ορό, χαμηλής πίεσεως για την αποφυγή διατρήσεως του εντέρου. Η εφαρμογή σωλήνα αερίων ανακουφίζει τον άρρωστο από τον μετεωρισμό της κοιλιάς.

στ) Χορήγηση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιας σε λευκώματα, αποφεύγονται τροφές που αφήνουν υπολείμματα για την αποφυγή του ερεθισμού του βλεννογόνου του εντέρου. Η δίαιτα στην αρχή είναι πολτώδης και υδαρής (κρέμα, αυγά μελάτα, πολτοποιημένο κοτόπουλο, γάλα κ.α.). Όσο

βελτιώνεται η κατάσταση του αρρώστου γίνεται στερεά.

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

α) Παρακολούθηση του παιδιού για σημεία και συμπτώματα εντερορραγίας (αιμορραγία λεπτού εντέρου) όπως ανησυχία, εφίδρωση, ωχρότητα προσώπου, αδυναμία, ταχυσφυγμία, πτώση αρτηριακής πίεσεως του αίματος, αιματηρή ή μέλανα (μαύρη) κένωση. Υπάρχει διασταυρωμένο αίμα στην τράπεζα αίματος για άμεση χρησιμοποίησή του αν παρουσιαστεί ανάγκη. Αποφυγή παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν εντερορραγία όπως τροφές με κυτταρίνη, υψηλός υποκλυσμός. Σε περίπτωση εντερορραγίας απαγορεύεται η λήψη τροφής και υγρών από το στόμα, ο άρρωστος τρέφεται και ενυδατώνεται παρεντερικά παραμένει στο κρεβάτι και περιορίζονται οι κινήσεις του.

β) Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα διατρήσεως του εντέρου όπως αιψνίδιος, οξύς και δυνατός πόνος στην κοιλιά που μπορεί απότομα να σταματήσει, σανιδώδης (σκληρή) κοιλιά, ευαίσθητη κατά την ψηλάφηση, αγγινία, επιπόλαιες αναπνοές, Shock. Η επιπλοκή αυτή συνήθως παρουσιάζεται κατά την τρίτη εβδομάδα της νόσου. Τα μέτρα πρόληψης είναι τα ίδια μ' αυτά που εφαρμόζονται στην εντερορραγία. Στον άρρωστο εφαρμόζεται ρινογαστρική διασωλήνωση για την συνεχή απομάκρυνση του περιεχομένου του στομάχου, χορηγούνται ενδοφλέβια υγρά και γίνεται χειρουργική επέμβαση. Στην φάση αυτή ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτε από το στόμα και παραμένει ακίνητος στο κρεβάτι.

γ) Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα βρογχοπνευμονίας.

3. Πρόληψη διασποράς του λοιμογόνου παράγοντα (σαλμονέλλες).

Το άρρωστο παιδί νοσηλεύεται σε μονόκλινο δωμάτιο εφαρμόζεται η τρέχουσα απολύμανση του περιβάλλοντος και όποιος μπει στο δωμάτιο πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτική μπλούζα. Τα απεκκρίματα (κόπρανα και ούρα) του αρρώστου και τα υπολείματα τροφών απολυμαίνονται πριν πεταχθούν.

β) Εφαρμόζονται γενικά μέτρα προλήψεως του νοσήματος με την θεραπευτική αγωγή.

Προφυλακτικός εμβολιασμός.

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

Όσοι αρρώστησαν από σαλμονελλώσεις παρακολουθούνται για την διαπίστωση ότι δεν είναι μικροβιοφορείς. Οι μικροβιοφορείς απαγορεύεται να ασχολούνται με τρόφιμα είδη ζαχαροπλαστικής κ.αλ.

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

Το μέλος της οικογένειας που αναλάβει την ευθύνη της νοσηλευτικής φροντίδας του παιδιού παίρνει γραπτές οδηγίες.

Δίαιτα.

Φαρμακευτική αγωγή (θεραπευτική, ανακουφιστική).

Εφαρμογή τρέχουσας απολυμάνσεως με προσαρμογές ανάλογα

με τις προσφερόμενες συνθήκες π.χ. τα κόπρανα, ούρα, ορισμένα αντικείμενα απολυμαίνονται με διάλυμα 5% ασβέστη σε ζεστό νερό (σκεπάζεται το υλικό που θέλουμε να απολυμανθεί με διάλυμα, το αφήνουμε 2 ώρες και αν είναι κόπρανα τα ρίχνουμε στην τουαλέτα (αποχέτευση), ενώ το αντικείμενο αφού πλυθεί μπορεί ακίνδυνα να χρησιμοποιηθεί), ιματισμός, αντικείμενα διάφορα αποστειρώνονται για βρασμό κτλ.

4. Τρόποι βοήθειας για την κένωση του εντέρου σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.

5. Μέτρα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό.

6. Παρακολούθηση και καταγραφή της θερμοκρασίας και των σφυγμών.

7. Σημεία και συμπτώματα που μπορεί να προειδοποιούν την εξέλιξη μιάς επιπλοκής και τρόπο ενέργειας.

Εξηγείται η φύση της αρρώστιας, η ανάγκη απομόνωσης του αρρώστου από τα άλλα μέρη της οικογένειας, πληροφορείται για την τεχνική της απομόνωσης και πώς θα εμποδίσουν τα έντομα και κυρίως μύγες να μπαίνουν στο δωμάτιο του παιδιού.

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

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της οξείας γαστρεντερίδας από
σαλμονέλλες

Ο πρώτος αντικειμενικός σκοπός του Νοσηλευτή είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα της ασθένειας.

Συγκεκριμένα για τον πυρετό πρέπει :

Συχνή και σωστή λήψη της θερμοκρασίας σωστή καταγραφή στο θερμομετρικό διάγραμμα.

Συχνή πλύση του στόματος των πυρεσσόντων παιδιών, καλός καθαρισμός του δέρματος και απομάκρυνση των ρούχων μετά την εφίδρωση.

Χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης. Τακτική χορήγηση αντιπυρετικών κατόπιν εντολής του ιατρού για αποφυγή σπασμών.

Σε υψηλό πυρετό λουτρό σε θερμοκρασία χαμηλότερη της θερμοκρασίας του σώματος, αν η κατάσταση του παιδιού το επιτρέπει.

Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται για τον έμετο είναι :

Καλή περιγραφή του έμετου, αν είναι ρουκετοειδής, αν είναι υδαρής, τροφώδης κτλ. για να τύχει καλή ιατρική αντιμετώπιση.

Διατήρηση καλής καθαριότητας της στοματικής κοιλότητας και του ιματισμού.

Προφύλαξη των μυρών από εισρόφηση για την προστασία από πνευμονία.

Παρακολουθούμε το παιδί για συμπτώματα αφυδατώσεως.

Όσο για την διάρροια που εμφανίζει το παιδί θα πρέπει :

Να γίνεται καταγραφή του αριθμού των κενύσεων, προσεκτική επισκόπηση των κενύσεων για τυχόν προσμίξεις πύου, αίματος κτλ.

Χορήγηση υγρών από το στόμα, όπως τσάι, αν το επιτρέπει η κατάσταση του παιδιού, ή άλλως παρεντερικώς.

Θα πρέπει λοιπόν να προσέχουμε τις τροφές που δίνουμε στο παιδί και σε τυχόν εμφάνιση εμέτου και διάρροιας να γίνει άμεση μεταφορά στο Νοσοκομείο.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά του Μελιταίου Πυρετού

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Ανακούφιση του αρρώστου (παιδί) από τα συμπτώματα της νόσου:

α) στην οξεία εμφάνιση της αρρώστιας το παιδί ανακουφίζεται από τον υψηλό πυρετό, ρίγος και τις εφιδρώσεις με:

Ευχνή πλύση του στόματος των πυρεσσόντων παιδιών. Καλός καθαρισμός του δέρματος και απομάκρυνση των ρούχων μετά την εφίδρωση.

Χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης. Τακτική χορήγηση αντιπυρετικών.

Σε υψηλό πυρετό λουτρό σε θερμοκρασία χαμηλότερη της θερμοκρασίας του σώματος, αν η κατάσταση του παιδιού το επιτρέπει.

Για το ρίγος σκεπάζουμε καλά το παιδί και αποφεύγουμε τα ρεύματα του αέρα.

β) Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της αθόρυβης εμφάνισης της νόσου ο άρρωστος ενισχύεται να μένει αρκετές ώρες στο κρεβάτι, του προσφέρει τροφή πλούσια σε λευκώματα, χορηγούνται αναλγητικά μετά από εντολή του γιατρού. Παρακολουθείται το βάρος και καταγράφεται η θερμοκρασία του σώματος, προστατεύεται από το κρυολόγημα όταν έχει εφιδρώσεις.

2. Πρόληψη της αρρώστιας.

α) Διαφύτιση του κοινού και ιδιαίτερα των περιοχών που

η αρρώστια ενδημεί για τα μέτρα που πρέπει να παίρνουν, για να προφυλαχθούν από την αρρώστια και τα οποία είναι:

Βράζεται το γάλα τουλάχιστον για 10 λεπτά πριν χρησιμοποιηθεί, όταν δεν χρησιμοποιείται παστεριωμένο γάλα:

Εξαφανίζονται τα ζώα (αγελάδες, χοίροι) που έχουν προσβληθεί από την νόσο.

Απολυμαίνονται τα κόπρανα και τα ούρα του πάσχοντα.

Γαλακτοκομικά προϊόντα που έχουν κατασκευασθεί με γάλα που έχει παστεριωθεί, πρέπει να μένουν σε θερμοκρασία ψυγείου για 50 τουλάχιστον μέρες πριν δοθούν στην κατανάλωση.

β) Δεν είναι απαραίτητα τα μέτρα απομονώσεως του αρρώστου.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της παιδικής ψυματώσεως.

Οι αντικείμενοι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του παιδιού με ψυματίωση είναι:

1. Η προφύλαξη του περιβάλλοντος από την αρρώστια.

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

α) Η τήρηση μέτρων απομονώσεως, για την πνευμονική ψυματίωση με θετικά πτύελα και προφυλακτικά μέτρα για τον χειρισμό των εκκρινμάτων από το στόμα και εκκρίσεις όπως κόπρανα και ούρα.

β) Ο καθένας που έρχεται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο να τηρεί με σχολαστικότητα κάθε απαραίτητο μέτρο ασηψίας, αντισηψίας, απολυμάνσεως, αποστειρώσεως και σωστή τεχνική και εφαρμογή διαφόρων νοσηλείων π.χ. θερμομέτρηση, διάθεση εκκρινμάτων άρρωστου, έστω και αν τα πτύελα του άρρωστου είναι αρνητικά.

γ) Η χρησιμοποίηση φυσικών, μηχανικών και χημικών μέσων για την καταπολέμηση του λοιμογόνου παράγοντα. Φυσικά μέσα είναι το διάχυτο φως, οι ηλιακές ακτίνες και η θερμότητα που επηρεάζουν την ζωτικότητα του μυκοβακτηριδίου της ψυματώσεως, αλλά η επίδραση είναι ανάλογη με την πυκνότητα του υλικού στο οποίο υπάρχουν π.χ. το μυκοβακτηρίδιο, σε πυκνά πτύελα διατηρεί την ζωτικότητά του εννέα και πλέον

μήνες ενώ σε αραιά πτύελα καταστρέφεται σε 3 περίπου μήνες, κάτω από τις ίδιες συνθήκες διάχυτου φωτός. Οι ηλιακές ακτίνες καταστρέφουν σε 5 ώρες το μυκοβακτηρίδιο της ψυματιώσεως, όταν βρίσκεται σε λεπτή στιβάδα πτυέλων, ενώ χρειάζονται περισσότερες από 24 ώρες όταν η στιβάδα των πτυέλων είναι παχιά.

Κάτω από την επίδραση της θερμοκρασίας 70 βαθμούς C το μυκοβακτηρίδιο καταστρέφεται σε 5 λεπτά και σε 1 λεπτό όταν η θερμοκρασία είναι 85 βαθμούς C. Τα μηχανικά μέσα, δηλ. το άψθονο νερό με το σαπούνι για το πλύσιμο τοίχων, δαπέδου κ.αλ. απομακρύνουν το μυκοβακτηρίδιο σε μεγάλο ποσοστό και δίνουν την δυνατότητα της πιο άμεσης δράσεως των φυσικών μέσων.

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

δ) Το δωμάτιο του αρρώστου παιδιού να έχει απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών του έπιπλα, ώστε να μπορεί να γίνει αποτελεσματικότερα η απολύμανση.

ε) Να γίνεται συνεχώς αερισμός του δωματίου για την μείωση της πυκνότητας της μικροβιοφόρου σκόνης και των σταγονιδίων.

στ) Να λαμβάνονται γενικότερα μέτρα προφύλαξης, λόπως:

α) Παιδιά που είχαν ή έχουν επαφή με ψυματικό και άτομα με έντονα θετική ψυματινοαντίδραση να υποβάλλονται σε ετήσιο ιατρικό έλεγχο.

β) Κάθε ύποπτο σύμπτωμα όπως ανορεξία, επίμονος βήχας, πλευροδυνία (πόνος στα πλευρά), απώλεια βάρους, δεκαδική πυρετική κίνηση, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το άτομο να υποβάλλεται σε ιατρικό έλεγχο.

γ) Ορισμένες ομάδες ανθρώπων, όπως νοσηλεύτριες και γιατροί, που έρχονται σε επαφή με ψυματικούς πρέπει να υποβάλλονται κάθε 6 μήνες σε εξέταση από γιατρό.

δ) Όσοι έχουν αρνητική ψυματινοαντίδραση να κάνουν το εμβόλιο BCG.

3. Η ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα της νόσου:

α) Ο πυρετός αποτελεί σύμπτωμα της εξελισσόμενης ψυματώσεως των πνευμόνων. Η θερμοκρασία λαμβάνεται από το στόμα, εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις, για πιο ακριβή μέτρηση (οι εφιδρώσεις μειώνουν την θερμοκρασία του δέρματος, στο στόμα γίνεται καλύτερη επαφή του θερμομέτρου με το βλεννογόνο που τον καλύπτει) το θερμομέτρο μένει οπωσδήποτε 10 λεπτά για την ανίχνευση δεκαδικής πυρετικής κινήσεως και είναι ατομικό ή αποστειρωμένο για την πρόληψη της διασποράς του λοιμογόνου παράγοντα.

Η θερμοκρασία μπορεί να παρουσιάζει ανύψωση (δέκατα) τις απογευματινές ώρες. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται για την μείωση του πυρετού είναι:

α) μείωση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος.

β) ενθάρρυνση στην λήψη υγρών.

γ) χορήγηση εύπεπτης τροφής.

δ) χορήγηση αντιπυρετικών με οδηγία γιατρού.

Η θερμοκρασία του παιδιού μετριέται και καταγράφεται

συστηματικά.

Ο πυρετός οφείλεται στην τοξίνη του μυκοβακτηριδίου που επηρεάζει το θερμορρυθμιστικό κέντρο.

Β) Νυκτερική εφίδρωση. Αυτό είναι συνηθισμένο σύμπτωμα της αρρώστιας. Λαμβάνονται μέτρα προλήψεως κρυολογήματος (αλλαγή του υγρού νυκτικού, αποφυγή ρεύματος αέρα), κακοσμία με λουτρό καθαριότητας ή τοπικές πλύσεις και αλλαγή νυκτικού.

Γ) Βήχας. Ο βήχας μπορεί να είναι παραγωγικός (με απόχρεμψη) και μη παραγωγικός, μειώνεται με εισπνοές υδρατμών (αποφεύγονται φάρμακα κατασταλτικά του βήχα επειδή αναστέλουν την αποβολή των εκκρίσεων από το βρογχικό δέντρο).

Δ) Απόχρεμψη. Το παιδί που έχει απόχρεμψη έχει στο κομοδίνο του πτυελοδοχείο (μιάς χρήσεως) με αντισηπτικό διάλυμα, ενημερώνεται πώς να φτύνει (σε πολύ μικρή ηλικία το βοηθούμε εμείς), και γίνεται πλύση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε απόχρεμψη.

ε) Για τα συμπτώματα της κακουχίας και ανορεξίας οι νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι:

Δεν πιέζουμε το παιδί να φάει, του δίνουμε εύληπτες τροφές όπως ένα δροσερό γάλα, χυμούς φρούτων, για να καλύψουμε τις ανάγκες του σε θρεπτικά συστατικά και θερμίδες.

3. Επαρκής διατροφή τέλεια ανάπαυση.

Στην θεραπευτική προσπάθεια μεγάλη σημασία έχει η σωματική ανάπαυση, η ψυχική ηρεμία του παιδιού, η διαβίωσή του σε υγιεινό κλίμα με υγιεινές συνθήκες και καλή

διατροφή.

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

Η καλή διατροφή, με λεύκιμα για άτομα που έχουν συμπληρώσει την ανάπτυξη τους, 1gr την μέρα κατά κιλό βάρους σώματος, ενισχύει την άμυνα του οργανισμού και βοηθάει στην επουλωτική επεξεργασία των αλλοιώσεων του πνευμονικού παραγχύματος. Η επιλογή τροφών που περιέχουν βιταμίνες και φαρμακευτικά σκευάσματα C και B (κυρίως πυριδοξίνη, λόγω της μακρόχρονης χρήσεως της ισονιαζιδης) είναι σκόπιμη.

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

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

4. Εγκαιρη ανίχνευση νέων κρουσμάτων πρόληψη της νόσου και εφαρμογή προληπτικής θεραπείας σε άτομα με υψηλό κίνδυνο να αρρωστήσουν.

Τα άτομα που εμφανίζουν ψυρατίωση έχουν θετική δερμοαντίδραση Mantoux.

Τα άτομα που έχουν μολυνθεί από το μυκοβακτηρίδιο της

φυματιώσεως και με υψηλό κίνδυνο να πάθουν φυματίωση υποβάλλονται σε προληπτική θεραπεία. Τέτοια άτομα είναι:

α) Άτομα που είχαν ή έχουν στενή επαφή με ανθρώπους που πρόσφατα αρρώστησαν από φυματίωση.

β) Άτομα με θετική δερμοαντίδραση Μαντουκ, με ύποπτα ευρήματα φυματιώσεως στην ακτινογραφία του θώρακα, χωρίς όμως μικροβιολογικά ευρήματα.

γ) Άτομα που πρόσφατα μολύνθηκαν με το μυκοβακτηρίδιο της φυματιώσεως.

δ) Άτομα που κάνουν μεγάλης διάρκειας θεραπεία με κορτικοειδή, κάνουν θεραπεία που ελαττώνουν την άμυνα του οργανισμού, αρρωστοί από λευχαιμία, διαβητικά άτομα, κ.αλ.

β) Η ενημέρωση περιλαμβάνει θέματα, όπως:

α) Ενημέρωση της οικογένειας του παιδιού σχετικά με την φύση της νόσου.

β) Μεταδοτικότητα της νόσου, μέτρα προστασίας του περιβάλλοντος.

γ) Διατροφή.

δ) Πρόληψη της παιδικής φυματιώσεως.

ε) Η ανάγκη περιοδικής παρακολουθήσεως του αρρώστου για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Με την σωστή ενημέρωση τα μέλη της οικογένειας θα καταλάβουν πως η φυματίωση δεν κληρονομείται και ότι αν η φυματική μητέρα έχει φυματικό παιδί, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το παιδί εκτέθηκε στον λοιμογόνο παράγοντα μετά την γέννησή του.

Θα μπορούσε το παιδί να μην ήταν φυματικό αν είχαν πάρει τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης. Τα πρώτα χρόνια

χρειάζεται μία προσεκτική ζωή, καλή διατροφή κ.αλ. Αυτό βοηθάει στην σταθεροποίηση της κατάστασέως του χωρίς να μειώνονται οι δραστηριότητές του.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά των ιογενών λοιμωδών
νοσημάτων

Ο πρώτος αντικειμενικό σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η απομόνωση του παιδιού.

Συνιστάται απομόνωση όχι μόνο για την προστασία των άλλων, αλλά και για την προστασία του παιδιού από τις δευτεροπαθής μολύνσεις.

Το άτομο που περιθάλπει τον ασθενή θα πρέπει αν είναι δυνατόν να είναι άτομο που ήδη έχει περάσει την αρρώστια από την οποία υποφέρει το παιδί.

Το δωμάτιο θα πρέπει να είναι καθαρό, με λίγο φως και να μην επιτρέπεται η είσοδος των εντόμων.

Το άτομο που κάνει χρέη νοσοκόμου θα πρέπει όταν βρίσκεται στο δωμάτιο να φοράει μακριά λευκή μπλούζα και μάσκα και να την βγάζει όταν απομακρύνεται από το δωμάτιο.

Το νερό που χρησιμοποιείται για το λουτρό του παιδιού πρέπει να απολυμαίνεται πριν χυθεί έξω. Το πιο κατάλληλο γι' αυτό απορρυπαντικό είναι το χλωριούχο ασβέστιο. Πρέπει να προστεθεί σε αναλογία 30gr στο λίτρο και το μίγμα να παραμένει 1 ώρα πριν χυθεί.

Τέλος, όταν το παιδί ψεύγει από το νοσοκομείο, γίνεται απολύμανση του δωματίου (τοιχοί και δάπεδα).

Τα ιογενή λοιμώδη νοσήματα έχουν κοινά συμπτώματα και οι νοσηλευτικές δραστηριότητες γι' αυτά είναι:

α) Πυρετός. Για την ανακούφιση από τον πυρετό η νοσηλεύτρια παίρνει σε συχνά διαστήματα την θερμοκρασία του παιδιού.

Κάνει συχνή πλύση του στόματος των πυρεσσόντων παιδιών. Καλός καθαρισμός του δέρματος και απομάκρυνση των ρούχων μετά την εφίδρωση. Χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδατώσεως. Τακτική χορήγηση αντιπυρετικών κατόπιν εντολής γιατρού.

Σε υψηλό πυρετό λουτρό σε θερμοκρασία χαμηλότερης της θερμοκρασίας του σώματος αν η κατάσταση του παιδιού το επιτρέπει.

Συνήθως οι ασθενείς αυτοί έχουν ατομικά θερμόμετρα.

β) Γενική κακουχία ανορεξία. Σ' αυτήν την περίπτωση δεν πιέζουμε το παιδί να φάει, του δίνουμε εύληπτες τροφές, όπως δροσερό γάλα, χυμούς φρούτων, για να καλύψουμε τις ανάγκες του σε θρεπτικά συστατικά και θερμίδες.

γ) Εξάνθημα. Παρακολουθούμε την φύση του εξανθήματος και την εντόπιση. Δεν επιτρέπεται η τριβή του εξανθήματος. Συνιστάται καλή καθαριότητα του δέρματος που έχει καταληφθεί από το εξάνθημα.

Επάληψη με τάλκ στο εξάνθημα που συνοδεύεται με κνησμό περιορίζει την ένταση του κνησμού. Ακόμη για να αποφύγουμε τις επιμολύνσεις στο εξάνθημα χρησιμοποιούμε επιδέσμους ή γάντια για να ξύνονται μαλακά. Χορηγούμε αναλγητικά για την καταπολέμηση του πόνου.

Επίσης η νοσηλευτική φροντίδα αποβλέπει στην πρόληψη εμφάνισης της αρρώστιας και στον περιορισμό της διασποράς. Αυτό επιτυγχάνεται με:

Ενημέρωση του κοινού και ιδιαίτερα τα μέλη της οικογένειας για τον τρόπο προφυλάξεως από τις ιογενείς λοιμώξεις.

Υποχρεωτικός εμβολιασμός. Ενημέρωση του κοινού για την χρησιμότητα των εμβολίων στις ιογενείς λοιμώξεις.

Έλεγχος στο περιβάλλον του αρρώστου για ανεύρεση του ιού.

Προφύλαξη του περιβάλλοντος του αρρώστου με αυστηρή απομόνωση.

Τέλος η νοσηλευτική φροντίδα αποβλέπει και στην πρόληψη από τις επιπλοκές.

Γι' αυτό γίνεται συχνή λήψη των ζυτικών σημείων του παιδιού και σωστή καταγραφή στο θερμομετρικό διάγραμμα.

Παρατηρούμε το παιδί για τυχόν εμφάνιση δύσπνοιας (που οφείλεται σε λαρυγγίτιδα κ.αλ) Αυτό επιτυγχάνεται με καλό αερισμό του δωματίου. Το κρεβάτι του παιδιού το έχουμε κοντά στην παροχέτευση O₂.

Έχουμε πάντα έτοιμο το δίσκο τραχειοτομής. Παρακολουθούμε το παιδί για εμφάνιση εγκεφαλίτιδας, που συνήθως εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό. Γι' αυτό χορηγούμε αντιπυρετικά κατόπιν εντολής γιατρού.

Χορηγούμε αντιβιοτικά για την πρόληψη από μικροβιακές επιπλοκές.

Συνιστάται τέλος, στα περισσότερα ιογενή λοιμώδη νοσήματα προφυλακτική χορήγηση γ-σφαιρίνης.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της παρωτίτιδας.

Οι αντικειμενικοί σκοποί των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων είναι:

Η ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα της αρρώστιας:

α) Μείωση του πυρετού (όπως προαναφέρθηκε).

β) Αλγος κατά την μάσηση. Χορηγούμε εύπεπτες τροφές στο παιδί ή δροσερό γάλα ή χυμούς φρούτων για την κάλυψη των αναγκών του οργανισμού σε θερμίδες.

γ) Ρίγη. Προφυλάσσουμε το παιδί από τα ρεύματα του αέρα (για να μην κρυολογήσει) και το σκεπάζουμε με ζεστές κουβέρτες.

Στην πρόληψη της ασθένειας.

Κύριο μέτρο στην πρόληψη είναι ο εμβολιασμός, ο οποίος έχει μειώσει σήμερα αρκετά τον αριθμό των ασθενών στις μικρές ηλικίες κατά μεγάλο ποσοστό.

Στην πρόληψη των επιπλοκών.

Απόλυτη ανάπαυση και απομόνωση του παιδιού και χορήγηση αναλγητικών.

Γίνεται προληπτικά επίδεση ή ανάρροπη θέση στους όρχεις για την πρόληψη της ορχίτιδας.

Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης σε άτομα που είναι εκτεθειμένα στον κίνδυνο της μόλυνσης.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της πολιομυελίτιδας.

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες αποβλέπουν στην:

1. Πρόληψη της διασποράς της αρρώστιας.
2. Διατήρηση καλής της αναπνευστικής λειτουργίας.
3. Πρόληψη δυσμορφιών των μελών του σώματος από βράχυνση μυών.
4. Προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό των ανεπιθύμητων επιπτώσεων της αρρώστιας, όπως παράλυση της ουροδόχου κύστεως, δυσκοιλιότητα, κυστίτιδα, εισρόφηση εκκρίσεων κ.αλ.

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες επηρεάζονται από τις κλινικές εκδηλώσεις της αρρώστιας.

Δεν είναι απαραίτητη η απομόνωση του αρρώστου, πρέπει όμως να λαμβάνονται τα προφυλακτικά μέτρα για τον χειρισμό των εκκρίματων από το λαιμό και τα κόπρανα, επειδή είναι άγνωστος ο τρόπος μεταδόσεως των ιών. Όμως στις εκκρίσεις του λαιμού και τα κόπρανα ανευρίσκονται οι ιοί της πολιομυελίτιδας και έτσι δεν αποκλείεται η μόλυνση να γίνεται διαμέσου αυτών.

Στην μη παραλυτική μορφή της πολιομυελίτιδας ο άρρωστος παραμένει στο κρεβάτι μέχρι να πέσει τελείως ο πυρετός και υποχωρήσουν οι μυαλγίες. Ο άρρωστος ανακουφίζεται από τον πυρετό με τα νοσηλευτικά μέτρα που έχουμε προαναφέρει. Στην παραλυτική μορφή, εκτός από τις νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναφέρονται στην μη παραλυτική μορφή, εφαρμόζονται:

1. Τα μέλη του σώματος του αρρώστου διατηρούνται σε λειτουργική θέση για την πρόληψη δυσμορφιών.

2. Τοποθετούνται ζεστές κομπρέσες στους μύς που βρίσκονται σε σύσπαση για ανακούφιση από τον πόνο, που δημιουργούν οι σπασμοί των μυών.

3. Παρακολουθείται η διατεταμένη (τεντωμένη) ουροδόχος κύστη που οφείλεται στην περιοδική παραλυση της. Ελαφρή πίεση πάνω στην ουροδόχο κύστη θα βοηθήσει την κένωση της. Αν χρειασθεί να γίνει καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως επιβάλλεται απόλυτη τήρηση άσηπτης τεχνικής.

4. Ενισχύεται το καθημερινό λουτρό καθαριότητας για την άνεση και ξεκούραση του αρρώστου από την κακοσμία του ιδρώτα και τον πυρετό.

5. Επειδή ο άρρωστος συνήθως έχει ανορεξία στα πρώτα στάδια της εξέλιξης της αρρώστιας, του προσφέρεται τροφή της προτιμήσεώς του, αφού δεν υπάρχουν διαιτητικοί περιορισμοί στην αντιμετώπιση της αρρώστιας. Ακόμη, στην ρύθμιση του διαιτολογίου λαμβάνεται υπόψη η πρόληψη της δυσκοιλιότητας. Καταγράφονται επίσης τα λαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, παρατηρείται το ισοζύγιο που είναι δυνατόν να διαταραχθεί από τις εκδηλώσεις της αρρώστιας.

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

Ακόμη, παρακολουθείται ο άρρωστος στενά και

αξιολογείται η ανάγκη τραχειοτομής και της τοποθέτησής του
αρρώστου σε αναπνευστήρα.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της λοιμώδους μονοπυρήνωση

Τις πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς τις παίρνουμε από τον άρρωστο, μέλη της οικογένειας, άλλα άτομα του περιβάλλοντος και τα ιατρικά δελτία.

Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αποβλέπουν στην ανακούφιση των προβλημάτων και στην πρόληψη των επιπλοκών. Η πρόγνωση της λοιμώδους μονοπυρήνωσης συνήθως είναι άριστη. Η εξασφάλιση ανάπαυσης και η συμπτωματική παρέμβαση είναι από τις κυριότερες ευθύνες της Νοσοκόμου, γιατί η ανάρρωση ποικίλλει.

Ανάπαυση στο κρεβάτι ενθαρρύνεται ιδιαίτερα μέχρις ότου ο πυρετός, η κεφαλαλγία και η κόπωση ελαττωθούν. Ο άρρωστος δεν θα πρέπει να απασχολείται σε καμία έντονη δραστηριότητα, γιατί αυτό μπορεί να έχει σαν συνέπεια την μείωση της αντίστασης στην λοίμωξη ή μπορεί να προκαλέσει ρήξη του σπλήνα. Κτυπήματα στην κοιλιά, ανύψωση βαρών και ένταση κάθε είδους θα πρέπει να αποφεύγονται.

Με την ελάττωση του πυρετού και της δυσφορίας από τον πονόλαιμο και τους διογκωμένους αδένες ή όρεξη του αρρώστου και η δυσφαγία μπορεί να βελτιωθούν. Η χορήγηση ασπιρίνης ή άλλων αναλγητικών και οι χλιαρές αλατούχες γαργάρες μαζί με ψυχρές πλύσεις και λήψη άφθονων υγρών θα βοηθήσουν.

Θρεπτικές τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες θα πρέπει να ενθαρρύνονται. Οι τροφές αυτές πρέπει να μην είναι ερεθιστικές στον λαιμό και ίσως να περιλαμβάνουν σουπές, χυμούς φρούτων, και μαλακά τυριά. Χορήγηση υγρών ενδείκνυται σε βαριές μορφές πονόλαιμου.

Ο άρρωστος θα πρέπει να απομονωθεί από πιθανές πηγές μόλυνσης. Μία δευτεροπαθής στρεπτοκοκκική λοίμωξη του φάρυγγα δεν είναι ασυνήθιστη. Οποιαδήποτε αύξηση πονόλαιμου ή του πυρετού θα πρέπει να διαπιστωθεί για να αρχίσει αντιβιοτική θεραπεία.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της ηπατίτιδας.

Οι σκοποί της φροντίδας στην ηπατίτιδα είναι:

Η πρόληψη μετάδοσης της νόσου.

Προαγωγή επαρκούς θρέψης.

Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης και πρόληψη συνεπειών της.

Απαλλαγή από πόνο και δυσχέρειες.

Απασχόληση του αρρώστου.

Πλήρης ανάρρωση από την ηπατίτιδα.

Πρόληψη υποτροπής.

Προαγωγή καλής θρέψης για διατήρηση ιδεώδους βάρους.

Προσοχή σε κάθε πύλη εισόδου γαστρεντερική ή παρεντερική για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.

Πλύση χεριών, απομόνωση των λευχειμάτων, ξεχωριστά τουαλέτα, ξεχωριστά ή μιάς χρήσεως σκεύη φαγητού είναι μερικά από τα μέτρα που πρέπει να παίρνονται.

Συμμετοχή της οικογένειας σ' όλες τις συζητήσεις.

Επαρκής ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους Stress.

Επαρκής θρέψη για την επούλιση και αναγέννηση του ήπατος.

Δίαιτα συνήθως υπερθερμική υπερυδατανθρούχα και υπερπρωτεϊνούχα. Γεύματα μικρά και συχνά.

Η μετέπειτα φροντίδα επικεντρώνεται στην σταθερή ανάρρωση του αρρώστου. Αν υπάρχει κάποια ένδειξη υποτροπής παίρνονται αμέσως μέτρα.

Τα πιο πολλά παιδιά αναρρώνουν σε 4-12 εβδομάδες.

Χρησιμοποιε γ-σφαιρίνη σε άτομα που ήλθαν σε επαφή με τον πάσχοντα.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της γρίπης

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες αποβλέπουν:

Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της γρίπης.

Ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό με τα γνωστά μέτρα που έχουν προαναφερθεί.

Ανακούφιση του αρρώστου από την κεφαλαλγία και τις αρθραλγίες με αναλγητικά φάρμακα μετά από οδηγία του γιατρού.

Χορήγηση αποχρεμπτικών (με οδηγία γιατρού) για την αποβολή εκκρίσεων -αν υπάρχουν- και τον περιορισμό του βήχα. Ακόμη οξηρός ερεθιστικός βήχας περιορίζεται με την υγραποίηση του εισπνεόμενου αέρα.

Χορήγηση πολλών υγρών.

Σε περίπτωση γαστρεντερικών διαταραχών χορηγείται τροφή που δεν ερεθίζει το βλεννογόνο του εντέρου και δεν αφήνει υπολείμματα, φάρμακα (με οδηγία γιατρού) που περιορίζουν την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα. Αν χρειαστεί ο άρρωστος ενυδατώνεται παρεντερικά.

Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις του αναπνευστικού συστήματος, επειδή έχει το προφυλακτικό επιθήλιο του τραχειοβρογχικού δένδρου, από τον ιό της γρίπης. Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα πνευμονίας και όταν εκδηλωθούν αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα επιπλοκών του νευρικού συστήματος, ανακουφίζεται και αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα αναπτύξεως μυοκαρδίας ανακουφίζεται και αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Προφύλαξη ευπαθούς πληθυσμού.

Δεν απομονώνεται το άρρωστο παιδί, αλλά συνιστώνται μέτρα όπως να μην εκτίθενται στην εισπνοή των μικροβιοφόρων οργανισμών τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τον άρρωστο.

Σε περίοδο επιδημιών απαγορεύονται οι συγκεντρώσεις σε κλειστούς χώρους, οι επισκέψεις στους αρρώστους με τον ιό της γρίπης.

Ευπαθής πληθυσμός στον ιό της γρίπης είναι αυτοί που πάσχουν από καρδιά, νόσος των πνευμόνων όπως χρόνια βρογχίτιδα, άσθμα, νόσος των νεφρών όπως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια κ.αλ.

Σ' αυτόν τον πληθυσμό συνιστάται ο ετήσιος εμβολιασμός με το αντιγριππικό εμβόλιο.

Νοσηλευτική φροντίδα

Νόσος που οφείλεται από εκδορά προκαλούμενη από γάτα

Η νόσος αυτή είναι σπάνια. Αλλά άμα υπάρξει, τότε νοσηλευτικές δραστηριότητες αποβλέπουν στην ανακούφιση από τα συμπτώματα: Περιποίηση του τραύματος (όπως προαναφέρθηκε).

Για την κακουχία και την ανορεξία χορηγούμε εύπεπτες τροφές, όπως χυμούς φρούτων, δροσερό γάλα κ.αλ.

Εμβόλιο κατά της εκδοράς προκαλουμένης από γάτα δεν υπάρχει, αλλά η πρόγνωση είναι άριστη.

Βασική προϋπόθεση είναι ότι τα παιδιά πρέπει να βρίσκονται μακριά από ζώα.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της Λύσσας.

Η νόσος αυτή έχει εξαληφθεί σχεδόν τελείως σήμερα από την χώρα μας.

Αν όμως υπάρχει, η νοσηλευτική δραστηριότητα πρέπει να είναι άμεση, γιατί μπορεί ο άρρωστος να πεθάνει. Κύριο μέλημά μας είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα: Καθαρισμός τραύματος με σαπουνόνερο και εφαρμογή ανισηπτικού. Για τα ρίγη σκεπάζουμε πολύ καλά τον άρρωστο και αποφεύγονται τα ρεύματα του αέρα.

Για τον πυρετό χορηγούμε πολλά υγρά, και κάνουμε λουτρό στον ασθενή. Χορηγούμε αντιπυρετικά κατόπιν εντολής γιατρού.

Για την ναυτία και τους εμέτους, χορηγούμε πολλά υγρά για να αποφεύγουμε την αφυδάτωση, αντισηπία ρινοφαρυγγα για την κακοσμία.

Στην δύσπνοια κύριο μέλημα είναι η χορήγηση οξυγόνου. Στο κύμα χορηγούμε υγρά παρεντερικώς, οξυγόνο, καθετηριασμό κύστεως (για την μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών). Για τους σπασμούς χορηγούμε μυοχαλαρωτικά κατόπιν εντολής γιατρού.

Οι ασθενείς αυτοί είναι απομονωμένοι. Στο δωμάτιο δεν μπαίνει κανείς άλλος εκτός από την νοσοκόμα και τον γιατρό.

Υπάρχει όμως και το αντιλυσσικό εμβόλιο και ορός για την έγκαιρη καταστολή της Λύσσας. Αλλά αυτά είναι πολύ επώδυνα.

Εχει βέβαια τηρηθεί ότι όσοι έχουν κατοικίδια ζώα πρέπει να τους χορηγούν το εμβόλιο κατά της Λύσσας.

Ετσι μ' αυτά τα μέτρα που έχει πάρει το κράτος
κρούσματα λύσσας δεν έχουν εμφανιστεί σχεδόν καθόλου τα
τελευταία χρόνια.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά τα Πρωτοζωικά Λοιμώδη
νοσήματα

(ΚΑΛΑ ΑΖΑΡ, ελονοσία, επίκτητος τοξοπλάσμάτωση)

Οι νόσοι αυτοί οφείλονται σε διάφορα πρωτόζωα, τα οποία είναι πορείς διάφορα ζώα ή έντομα.

Οι περισσότερες από αυτές έχουν σχεδόν εξαλειφθεί από την χώρα μας, και κυρίως από τα παιδιά.

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες αποβλέπουν στην ανακούφιση του αρρώστου παιδιού από τα συμπτώματα των ασθενειών.

Για τον πυρετό χορηγούμε πολλά υγρά για να αποφύγουμε την αφυδάτωση, και κάνουμε αντισηψία φάρυγγα.

Επειδή σχεδόν σ' όλα τα πρωτοζωικά Λοιμώδη νοσήματα υπάρχει αναιμία, κάνουμε μετάγγιση αίματος ή παραγόντων του αίματος.

Μπορεί να προκληθεί και εξάνθημα. Ενθαρρύνουμε το παιδί να μην αγγίζει το εξάνθημα, του γίνεται λουτρό καθαριότητας, αλλαγή συχνή των ρούχων του και του ιματισμού των κρεβατιών και επίπαση με σκόνη ψισάν για την μείωση του κνυσομού.

Το παιδί μένει απομονωμένο για να αποφύγουμε τις επιδημίες. Μ' αυτόν τον τρόπο προστατεύουμε και το παιδί από δευτεροπαθής μολύνσεις αλλά και τους ίδιους τους εαυτούς.

Πρέπει να εξηγούμε στους γονείς του την φύση της ασθένειας του παιδιού, και τον τρόπο μεταδοτικότητάς του. Έτσι προφυλάσσουμε και τα άλλα παιδιά, αλλά και τους ίδιους

τους γονείς από την ασθένεια.

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή σήμερα.

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει τελείως εξαλειφθεί μόνο στις χώρες του τρίτου κόσμου υπάρχουν ακόμα αυτές οι ασθένειες, που μαστίζουν και φέρνουν στον θάνατο κάθε μέρα χιλιάδες ανθρώπους και ιδιαίτερα τα μικρά αθώα παιδιά.

ΚΕΦ. ΣΤ'

Ιστορικό

Ο Κουρούσιος Γεώργιος, ετών 10 (και βάρος 32 gr) εισήλθε στο Π.Π.Ν.Π στην παιδιατρική κλινική στις 23.1.1991. Η διάγνωση ήταν μηνιγγίτιδα. Τα συμπτώματα που οδήγησαν το παιδί στο Νοσοκομείο ήταν: ήπιο κοιλιακό άλγος που υποχώρησε, αδιαθεσία και κεφαλαλγία μετωπιαία και βρεγματική συσπικτικού χαρακτήρα στην οξεία φάση αλλά μόνιμο πόνο στην μετωπιαία χώρα προ 5ημέρου πυρετό 38,5 βαθμούς C, ενώ η κεφαλαλγία συνεχιζόταν με μεσοδιαστήματα ελεύθερα και εμέτους.

Η γενική κατάσταση του παιδιού είναι καλή. Μετωπιαία κεφαλαλγία, εξερυθρά περιστομία άψθα στην μαλακή υπερώα. Τελική δυσκαμψία.

Το παιδί από τον έλεγχο που έγινε μπήκε με διάγνωση μηνιγγίτιδας και με αγωγή penicilline venicitin και mantas, την οποία πήρε για 2 φορές. Η βελτιωσή του ήταν σταθερή, το παιδί απύρετο και η γενική κατάσταση (κατά την πορεία της νόσου) άριστη.

Το παιδί νοσηλεύτηκε σ' απομονωμένο δωμάτιο για την πρόληψη της διασποράς της νόσου.

Δόθηκαν οδηγίες στους γονείς που θα μπαίνουν στο δωμάτιο και πώς θα συμπεριφέρονταν μέσα σ' αυτό. Όλα τα αντικείμενα του παιδιού απολυμνούνταν μετά την απομάκρυνση από το δωμάτιο.

Η νοσηλευτική διεργασία συνιστάται.

Σύμπτωμα	Σκοπός	Εφαρμογή	Αποτέλεσμα
Φόβος για το άγνωστο περιβάλλον (Νοσοκομείο).	Μείωση του φόβου γιατί βρισκόταν στο Νοσοκομείο.	Πλησιάζαμε το παιδί με πολύ ευγενικό τρόπο και του δώσαμε να καταλάβει ότι εμείς είμαστε εκεί για να το βοηθήσουμε και να του συμπαρασταθούμε Η αίσθηση του Νοσοκομείου δεν πρέπει να τον στεναχωρεί γιατί όλοι μπορεί κάποτε να μπουν στο Νοσοκομείο.	Ο φόβος του παιδιού εξαλείφθηκε και το παιδί άρχισε να συνεργάζεται μαζί μας.
Πυρετός	Μείωση του πυρετού	Χορήγηση υγρών για την καταπολέμηση της αφυδάτωσης. Αντιπυρετικά κατόπιν εντολής γιατρού Τακτική μέτρηση της θερμοκρασίας και καταγραφή στο θερμομετρικό διάγραμμα.	Η θερμοκρασία του παιδιού επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.

Σύμπτωμα	Σκοπός	Εφαρμογή	Αποτέλεσμα
Κεφαλαλγία	Μείωση της κεφαλαλγίας.	Περιορισμούς στους θορύβους, το δυνατό φως και κρύες κομπρέσες στο κεφάλι.	Η κεφαλαλγία μειώθηκε σημαντικά.
Εμετός	Ελάττωση του εμετού.	Χορήγηση υγρών για την πρόληψη αφυδάτωσης. Τακτική πλήση του στομάχου του παιδιού μετά από κάθε εμετό. Απομάκρυνση των εμεσμάτων.	Ο εμετός εξαλείφθηκε.
Κακουχία - Ανορεξία.	Ελάττωση της κακουχίας και της ανορεξίας του παιδιού.	Όεν πιέζουμε τα παιδι να φάει. Του δίνουμε εύληπτες τροφές, όπως δροσερό γάλα, χυμούς φρούτων, για να καλύψουμε τις ανάγκες του σε θρεπτικά συστατικά και θερμίδες.	Η όρεξη του παιδιού επανήλθε κανονικά.

Σύπτωμα
Μυϊκή
δυσκαμψία.

Σκοπός
Επανοφορά της
μυϊκής δυσκαμψίας
στα φυσιολογικά.

Εφαρμογή
Περιορίζονται οι
σπασμοί με μυοχαλαρωτικά
ύστερα από ιατρική
αδηγία και περιορίζουμε
ό,τι προκαλεί διέγερση
θόρυβο, έντονα φωτισμό κ.αλ.

Αποτελεσμα
Η μυϊκή δυσκαμψία αποκαταστάθηκε.

Απογοήτευση
του παιδιού
λόγω απομονώ-
σεως.

Ελλάτωση της
απογοήτευσης του
παιδιού.

Το παιδί επειδή
βρίσκεται στην απομό-
νωση αρχίζει να απογο-
ητεύεται. Πηγαίνουμε στο
δωμάτιο του παιδιού, του
πηγαίνουμε ένα παιχνίδι
για να παίξει, μιλάμε
μαζί του, του λύνουμε τις
απορίες και ό,τι άλλο θέλει
το παιδί. Βασικό είναι η
μητέρα του παιδιού να βρίσκεται
συνέχεια κοντά του.

Το παιδί έχει συνηθίσει την
απομόνωση και το αίσθημα της
απογοήτευσης έχει εξαλειφθεί.

Αφθα στην
μόλακή υπερώα

Ανακούφιση του
αρρώστου παιδιού
από την άφθα.

Γίνεται συχνή πλύση
του στόματος του
παιδιού και ενστάλαξη
micosstatin.

Η άφθα και η εξέρυθρα περιστομία
υποχώρησε.

Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν: Ht= 39,5%, Λ=8.700, Π=74, Λ=22, MM=4, AM7=320.000, K=4,65, Na=140, Ουρία=17, σάκχαρο=86 Μαντουκ (-) Latex ούρων (-).

Καλλιέργεια Ε.Ν.Υ βαθυσκόπηση: Δεν παρατηρείται οίδημα.

Η.Ε.Γ=ψυσιολογικά Γεν. Ούρων=Ε.Β 1010 ΡΗ6 Αίγη βλέννη Π=1-2, Ε=6-2, SGOT=29, SEPT=13, ALP=17.

Το παιδί βγήκε από το νοσοκομείο στις 2.2.91 χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Ιστορικό

Η Κατή Βαλεντίνη, 12 ετών, εισήλθε στο Π.Π.Ν.Π. στην παιδιατρική κλινική στις 24.3.91. Τα συμπτώματα που οδήγησαν το παιδί στο Νοσοκομείο ήταν: προ 24 ώρες παρουσίασε διόγκωση στην περιοχή της αριστερής γωνίας κάτω γνάθου με ερυθρότητα. Προ 12 ώρες παρουσίασε πυρετό μέχρι 38,5 βαθμούς C, ανορεξία, κακουχία και άλγος. Η διάγνωση ήταν παρωτίτις.

Μετά την εισαγωγή έγινε ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος και με την διόγκωση της παρωτίτιδας ο ασθενής ετέθη σε απομόνωση και στενή παρακολούθηση.

Παρουσιάστηκε πυρετός μέχρι 39,4 βαθμούς C στην εισαγωγή και την επομένη. Ακολούθησε σταδιακή ελάττωση του πυρετού και μετά από 12ήμερο νοσηλεία, η γενική κατάσταση του ασθενή είναι καλή.

Ενημερώθηκαν οι γονείς πως θα συμπεριφέρονταν μέσα στο δωμάτιο απομόνωσης.

Η νοσηλευτική διεργασία συνιστάται:

Σύμπτωμα	Σκοπός	Εφαρμογή	Αποτέλεσμα
Πυρετός	Μείωση του πυρετού	Χορήγηση υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης. Αλλαγή ρούχων μετά την εφίδρωση. Αποφυγή από τα ρεύματα του αέρα. Χορήγηση του αντιπυρετικού κατόπιν εντολής γιατρού.	Η θερμοκρασία του παιδιού επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.
Ανορεξία	Ελλάτωση της ανορεξίας του παιδιού	Χορηγούμε εύπεπτες τροφές, δροσερό γάλα χυμούς φρούτων για να καλύψουμε τις ανάγκες του οργανισμού σε θερμίδες και θρεπτικά συστατικά.	Η όρεξη του παιδιού αποκαταστάθηκε πλήρως.
Αλγος	Μείωση του άλγους του ασθενούς.	Χορηγούμε παυσίπονα κατόπιν εντολής γιατρού	Το παιδί πλέον δεν αναφέρει καθόλου για άλγος.

Σύμπτωμα	Σκοπός	Εφαρμογή	Αποτέλεσμα
Οίδημα	Μείωση του οιδήματος.	Χορηγούμε κορτικοστεροειδή κατά την ενταλγή γιατρού.	Υποχώρηση του οιδήματος.
Εφίδρωση	Ελλάτωση της εφίδρωσης.	Αλλάζουμε τα βρεγμένα ρούχα στο παιδί, αποφυγή από ρεύματα του αέρα για να μην κρυολογήσει το παιδί.	Το παιδί πλέον δεν έχει εφιδρώσεις.
Δυσκολία στην μάζηση	Προσπάθεια ώστε το παιδί να μπορεί να μασήσει καλύτερα.	Χορηγούμε ελαφρές τροφές και χυμούς ώστε να μην κουράσουμε το παιδί κατά την μάζηση.	Αποκαταστάθηκε η μάζηση και το παιδί μπορεί να φάει από όλες τις τροφές.

Τα εργαστηριακά ευρήματα είναι: Ηt=39%, Λ=11.000, Π=85, Λ=14, ΑΜΤ=Καν.Φ, αμυλάση ορού 285.

Μετά 12 ημέρες στο Νοσοκομείο το παιδί εξήλθε στις 5.4.91 χωρίς να παρουσιάσει άλλο πρόβλημα και χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. -

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σ' αυτή την εργασία θελήσαμε να δώσουμε μία πανοραμική ματιά στις πιο συχνές λοιμώδεις παιδικές ασθένειες, την προφύλαξη, την θεραπεία τους και την νοσηλευτική τους φροντίδα.

Προσπαθήσαμε να ακολουθήσουμε μία λογική σειρά από την πλευρά δηλαδή του να περιγράψουμε σε γενικές γραμμές την περίοδο επώασης, πώς μεταδίδεται η ασθένεια, τα συμπτώματά της, πόσο καιρό διαρκεί και τις πιθανές επιπλοκές.

Ο Νοσηλευτής έχει σκοπό να διαφωτίσει το κοινό για τον κίνδυνο των λοιμώδων νοσημάτων και την προφύλαξη τους.

Αυτό γίνεται με διάφορες ομιλίες σε σχολεία, νηπιαγωγεία κ.αλ.

Επιδυαίο ρόλο στην ενημέρωση παίζουν τα μέσα ενημέρωσης όπου ο Νοσηλευτής με διάφορες συζητήσεις ενημερώνει το κοινό για τα λοιμώδη νοσήματα και την προφύλαξη τους.

Επιδυαία σημασία στο σκοπό του νοσηλευτή παίζει η ενημέρωση για τα εμβόλια και η χρησιμότητά τους (τόσο σε σχολεία όσο και σε διάφορες κοινότητες).

Ολη αυτή η αναφορά έχει σαν σκοπό να κάνει κατανοητό ότι μόνο ο ειδικός νοσηλευτής είναι σε θέση να νοσηλεύσει και να διαπιστώσει τα ακριβή συμπτώματα της ασθένειας.

Εκείνο που πρέπει να κάνει ένας γονέας είναι να προσπαθεί να προλάβει την αρρώστια, με απλούς κανόνες υγιεινής και προφύλαξης, να μην υποτιμά ορισμένα σημάδια και στην περίπτωση στην οποία η συμπεριφορά του παιδιού είναι διαφορετική από το συνηθισμένο να το αναφέρει στον

παιδίατρο.

Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την σωστή ενημέρωση, ώστε η κοινωνία να έχει λιγότερα ασθενή παιδιά.-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γκοθμης - Κωτσιόπουλος: "Υγεία" Τόμος Β' "Το παιδί και η αναπτυξή του" εκδόσεις Δομική.
Αθήνα 1987.
- Δοξιάδης Σπύρος: "Παιδιατρική με συμβουλή 72 συγγραφέων"
Τόμος Α' επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ.
Παρισιανού Αθήνα 1973.
- Κάσιμος Κρήστος: "Λοιμώξεις βρέφους και παιδιού και καταπολέ-
μηση αυτών" Τόμος Β' επιστημονικές εκδόσεις
Γρηγ. Παρισιανού Αθήνα 1973.
- Κάσιμος Χρήστος: "Πρακτική Παιδιατρική" Γενικό μέρος εκδόσεις
Γρηγ. Παρισιανού Θεσσαλονίκη 1975.
- Καούνης Φ., Καρπάθιος Θ.,
Μόρφης Α., Μανταλενάκη, Τσικδύλου: "Παθητική Ανοσοποίηση. Παι-
διατρική Θεραπευτική Ενημέρωση." Επιστημονι-
κές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανού Αθήνα 1973.
- Μαγαρινού-Κωνσταντινίδου: "Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευ-
τική" Τόμος Β'. Μέρος 2ο, έκδοση εν-
νάτη έκδοσις ιεραποστολικής ενώσεων
αδελφών Νοσοκόμων "Η Ταβιθά". Αθήνα
1987.
- Μεσσαριτάκης Ι., Μπενέτος Σ., Κιοσδύλου Κ.,
Θεοδωρίδης Χ., Χαροκόπος Ε., Μόρφης Α: "Παιδική Δερματολογία.
Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωσις".
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισι-
ανού Αθήνα 1975.
- Μόρφης Α., Γεωργιοπούλου Π., Μεσσαριτάκης Ι., Καττάμης Χρ.,
Ματσανιώτης Ν.: "Η παιδική φυματίωση." Επιστημονι-
κές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανού.
Αθήνα 1978.

Μόρφης Α. : "Ενεργητική Ανοσοποίηση έναντι της διφθερίτιδας του τετάνου και του κοκκύτου." Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανού. Αθήνα 1971.

READ A BARRITT D, HEWER: "Σύγχρονη παθολογία". Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, έκδοση VII. Αθήνα 1984.

Σαχίλη - Καρδάση : "Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική" Τόμος 2ος, Μέρος Β', έκδοσις Βήτα. Αθήνα 1985.

Τριχοπούλου Αντ., Τρι-

χόπουλος Δημ. : "Προληπτική Ιατρική - Αγωγή Υγείας - Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγείνη" Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανού. Αθήνα 1986.

Χωρέμης Κ. : "Παιδιατρική" Τόμος πρώτος, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανού Αθήνα 1975.

