**Малярия** – это антропонозная протозойная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи. Характеризуется циклическим течением: сменой лихорадочных приступов и межприступных состояний, спленогепатомегалией, анемией.

Заболевание известно человеку с глубокой древности. Термин «малярия» введен итальянцем Ланцизи 1717 г., он связывал болезнь с ядовитыми испарениями болот ( исп. Mala aria – дурной, испорченный воздух). В 1880 г. французский врач Лаверан в Алжире открыл возбудителя малярии человека. В 1897 году Р. Россе доказал, что переносчиками малярии являются комары рода Anopheles ( опасный, вредный, анафема)

**Этиология**. Возбудители малярии- простейшие ( Protozoa ) относятся к семейству Plasmodia. У человека паразитирует 4 вида плазмодиев: P. vivax- возбудитель трехдневной малярии; P. ovale- возбудитель овале малярии; P. falciparum- возбудитель тропической малярии; P. malarie- возбудитель четырехдневной малярии.

Развитие возбудителей происходит со сменой хозяев: половой цикл (спорогония) совершается в организме комара, бесполый (шизогония) в организме человека. Заражаются от больного малярией человека или паразитоносителя при кровососании. С кровью в желудок комара попадают половые формы плазмодиев, они оплодотворяются в теле комара и образуются спорозоиты; В организм человека спорозоиты попадают со слюной комара при укусе. Из крови человека спорозоиты поступают в гепатоциты.

**Источник инфекции**. Источником является больной человек или паразитоноситель, у которых в крови имеются половые формы. При тропической малярии больной заразен спустя 7-10 дней после начала паразитемии и заразен около года. При остальных видах малярии больные заразны после 2-10 приступа и опасны: при трехдневной и овале- малярии – 1-2 года, при четырехдневной- десятки лет. В эндемических очагах основной источник – дети.

**Факторы и пути передачи.** Основной путь пере6дачи- трансмиссивный, переносчик- комары рода Anopheles (60 видов, 30 видов являются основными переносчиками). Может быть заражение от донора при гемотрансфузии, или через медицинские инструменты, загрязненные кровью, также может быть трансплацентарный путь передачи во время родов. Восприимчивость человека к малярии практически всеобщая. Однако имеются популяции населения, которые обладают полной или частичной врожденной невосприимчивостью к определенным видам возбудителей.

**Патогенез.**

1. При всех формах малярии тканевая шизогония соответствует инкубационному периоду и клинически не проявляется.
2. в конце инкубации начинается эритроцитарная шизогония, обусловливающая клинику.
3. Длительность этой шизогонии определяет периодичность приступов при малярии: через 48 часов при тропической, трехдневной и овале- малярии и через 72 часа при четырехдневной.
4. Малярийный приступ (пароксизм) – это реакция сенсибилизированного организма на пирогенные белки, освобождающиеся при разрушении эритроцитов.
5. Во время приступа выбрасываются биологически активные вещества , усиливающие проницаемость сосудов.
6. Кровь сгущается, образуются тромбы.
7. Плазмодии расщепляют гемоглобин- образуется пигмент, который окрашивает ткани и органы.
8. Гемолиз эритроцитов приводит к анемии, в т. ч. аутоиммунный гемолиз, особенно при тропической анемии
9. Осложнения – кома, ИТШ, ОПН.
10. Паразиты развиваются в капиллярах внутренних органов мозга, быстро развивается паразитемия.
11. Эритроциты склеиваются и закупоривают терминальные сосуды, вследствие чего происходит отек мозга, ОПН, надпочечниковая недостаточность.

**Клиническая картина**. Различают 4 формы болезни: трехдневную, тропическую, четырехдневную и овале- малярию.

Малярия характеризуется периодом острых лихорадочных приступов (первичная атака) сменяющихся безлихорадочным периодом с возобновлением у части нелеченых или недостаточно леченных больных, лихорадки в сроки от 7-14 дней до 2-3 месяцев после прекращения первичной атаки (ранние рецедивы). После инкубационного периода трехдневная или овале- малярия начинаются с продромального периода, а тропическая и четырехдневная с пароксизмов. В продромальном периоде (длится от неск.часов до 3-4 дней) появляется недомогание, легкое познабливание, головная боль, ломота в теле субфебрилитет. Затем все симптомы нарастают, приступ малярии (пароксизм) начинается с потрясающего озноба и протекает со сменой фаз: озноб, жар, пот. Кожа бледная, холодная, шероховатая(гусиная) с цианотическим оттенком. Озноб продолжается от 10-15 минут до 2-3 часов и сопровождается очень быстро подъемом температуры до 39-400С и выше. Усиливаются головные боли, мышечные боли, появляется жажда, иногда рвота, бред. Лицо гиперемировано, кожа сухая, горячая на ощупь, отмечается тахикардия (стадия жара). Через несколько часов жар сменяется профузным потоотделением, температура тела критически снижается до субнормальных цифр. С появлением пота самочувствие улучшается, но сохраняется слабость. В целом пароксизм длится 6-12 часов, а при тропической – до суток и более. После приступа наступает период апирексии продолжительностью от 48 до 72 часов ( зависит от длительности эритроцитарной шизогонии). При тропической шизогонии приступы могут быть в разное время суток и даже 2 раза в день. При трех- и четырехдневной – утром и днем. При овале – малярии только в вечернее время. После 2-3-го приступов увеличивается селезенка и печень. При рецидивах и реинфекции они резко увеличены, плотные. Развивается гемолитическая анемия, гипербилирубинемия, кожи и слизистые бледно – желтого цвета. Число пароксизмов при нелеченой малярии может быть до 10-14 независимо от вида возбудителя. При лечении темпиратура тела нормализуется, сокращается селезенка и печень. При недостаточном лечении могут наступить ранние рецидивы, так как сохраняется паразитемия. При трехдневной и овале- малярии после ранних рецидивов наблюдается латентный период с исчезновением паразитов из крови и клиническим выздоровлением. Через 6-11 месяцев может развиться повторная атака – отдаленный рецидив, так как активируются тканевые формы паразитов.

Наиболее тяжелая форма болезни - это *тропическая малярия*. Она дает самый высокий уровень летальных исходов.

*Овале – малярия* имеет благоприятное длительное течение с развитием поздних рецидивов.

*Трехдневная малярия* – имеет более доброкачественное течение, летальные исходы крайне редки и обычно связаны с сопутствующими заболеваниями.

*Четырехдневная малярия*- ее возбудитель персистирует в крови после перенесенного заболевания от 7 до 32 и даже до 50 лет.

**ОСЛОЖНЕНИЯ МАЛЯРИИ**

Осложнения наиболее часто бывают при тропической малярии, обычно у неиммунных лиц (с высокой паразитемией). Наиболее тяжелыми осложнениями, часто встречающимися в эндемичных очагах, являются отек мозга, малярийная кома и острая почечная недостаточность, реже малярийный алгид, психические расстройства. Гемоглобинурийная лихорадка свойственна лицам, проживающим в очагах малярии .

1. Малярийная кома развивается при тропической малярии преимущественно у неиммунных лиц при отсутствии специфического лечения. Кома может возникать внезапно или на фоне нарастающих церебральных расстройств. В клиническом течении ее различают три периода: сомноленцию (прекома, характеризующаяся оглушенностью), сопор (глубокая спячка со слабыми проблесками сознания), глубокая кома с выключением сознания, арефлексией. Первые два периода могут быть кратковременными или один из них выпадает. В последующем периоде температура может быть очень высокой, но наблюдается и гипотермия. Наиболее частые симптомы малярийной комы: расстройство сознания, менингеальные явления, судороги. Характерно начальное повышение сухожильных рефлексов, появление клонусов, а затем полное исчезновение рефлексов. Из кожных рефлексов первыми исчезают и последними восстанавливаются брюшные. Цероброспинальная жидкость не изменена пли изменена незначительно. Нередко возникают гемиплегия, афазия. Малярийная кома часто сопровождается острым гемолизом, нарушением сердечно-сосудистой деятельности, функций печени, почек, легких.

В крови на высоте комы наблюдается лейкоцитоз, а в далеко зашедших случаях гиперлейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ, снижение гематокрита, нарушение кислотно-щелочного состояния, гипокалиемия. В крови обнаруживается большое количество паразитов в разных фазах развития, однако возможно появление комы и на фоне скудной паразитемии.

1. Острая почечная недостаточность возникает нередко в случаях тяжелых форм тропической малярии как следствие интенсивного гемолиза с последующей гемоглобинурией и связана с нарушением почечной микроциркуляции, острым тубулярным некрозом и клеточной аноксией. В крови - азотемия, гиперкалиемия, метаболический ацидоз.
2. Малярийный алгид бывает только при тропической малярии. Он характеризуется коллаптоидным состоянием, снижением температуры до субнормальных цифр (35-35,5°), возможна значительная дегидратация. Сознание сохранено, но больной безучастен. Черты лица заострены, кожа цианотична, покрыта липким холодным потом, рефлексы снижены или отсутствуют. Иногда наблюдаются поносы. Пульс нитевидный. АД низкое.
3. Отек мозга при молниеносной форме трехдневной малярии регистрировался у детей 4-12 лет во время эпидемических вспышек обычно в весенние месяцы. Во время очередного приступа внезапно появлялись сильная головная боль, судороги, пена изо рта. Через несколько часов наступала смерть.
4. Психические расстройства встречаются чаще при тропической малярии (около 1,6 % случаев). Среди психозов преобладают экзогенные формы реакций Бонгеффера - аменция, сумеречное помрачение сознания и оглушение. Особенность аменции состоит в резко выраженном хаотическом двигательном возбуждении, сочетающемся с аффектом страха. Сумеречное помрачение сознания протекает обычно с эпилептиформным возбуждением. Оглушение может ограничиться лишь сомнолентностью, а при утяжелении состояния смениться сопором и комой. Когда такая трансформация клинической картины происходит в короткие сроки (в течение суток и менее), говорят об апоплектической малярийной коме. Делирий встречается редко и в редуцированной форме. Он может предшествовать появлению аменции. Значительно реже при малярии возникают эндоформные картины с протрагированным течением. Чаще всего встречаются маниакальные синдромы, когда преобладает двигательное возбуждение без целенаправленной деятельности с гневливостью. Иногда возникают депрессивно-параноидные состояния и галлюцинозы. Малярийные психозы всегда сменяются астенией Малярийные психозы чаще возникают в апиретическом периоде, при повторных, в том числе и упорных рецидивах малярии.
5. Гемоглобинурийная лихорадка (черноводная лихорадка, хинно-малярийная гемоглобинурия), наблюдаемая при тропической малярии, описывается как осложнение малярии. Между тем это заболевание медикаментозного, а не паразитарного происхождения. Возникает у лиц, длительное время находившихся в эндемичной зоне, неоднократно перенесших малярию, через несколько часов после приема хинина или, реже, других препаратов (например группы 8-аминохинолина). Наиболее часто встречается у коренного населения Африки, бассейна Средиземного моря, Закавказья, что связано с дефицитом защитного фермента эритроцитов - глюкоза-6-фосфатдегидрогеназы. Клинически проявляется внезапным ознобом, повышением температуры до высоких цифр, головной болью, болями в суставах, пояснице, рвотой, икотой. Увеличиваются и становятся болезненными печень и селезенка. После озноба, продолжающегося 2-4 часа, наступает состояние прострации, пульс становится слабым, малым. Кожный покров приобретает желтушный и в то же время синюшный оттенок. Конечности холодные. Иногда крапивница, кожный зуд. Основной симптом - появление мочи цвета черного кофе или красного вина, что обусловлено наличием в ней оксигемоглобина. В моче содержатся эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры, большое количество белка. В крови - нейтрофильный лейкоцитоз, резко снижается гемоглобин. Паразитемия незначительная. Выделение мочи продолжается 1-3 суток, затем наступает анурия и гибель больного от острой почечной недостаточности. При благоприятном течении через 3-5 дней температура снижается, моча светлеет, общее состояние улучшается.

**Диагностика:**

Диагностику проводят на основании клинических данных, эпидемиологических данных и результатов лабораторных исследований. Характерными клиническими симптомами являются типичные лихорадочные пароксизмы с потрясающими ознобами, быстрым повышением температуры тела до высоких цифр с последующим профузным потом, повторением через 1-2 суток с увеличением селезенки и печени, развитием анемии. При тропической малярии все проявления могут быть невыраженными, нередко беспокоят головные боли, миальгии, боли в животе, тошнота, рвота, диарея. Для уточнения диагноза проводят микроскопическое исследование крови (толстая капля и тонкий мазок). Обнаружение плазмодиев является бесспорным и единственным доказательством наличия малярии. Плазмодии тропической малярии проще обнаружить в период приступа. Кровь исследуют в период приступа (пароксизма) и в период апирексии. Из серологических исследований в диагностике малярии применяют РНИФ, ИФА. Малярийные а/т обнаруживают в крови после 2-3-го приступа. Максимум а/т регистрируется на 4-6 неделе, затем титр их снижается, но они сохраняются до 2-х лет. РНИФ и ИФА применяются при обследовании доноров. Исследуют КОС, коагулограмму, биологические показатели, Hb, число паразитов.

**Лечение.**

При тропической малярии назначают хингамин (делагил, хлорохин): в 1 -и день 1 г и через 6 ч еще 0,5 г препарата, затем в течение 4 дней по 0,5 г/сут. При лечении трех- и четырехдневной малярии вначале проводят

трехдневный курс лечения хингамином: в 1-й день дают по 0,5 г 2 раза в сутки, на 2-й и 3-й день - по 0,5 г в один прием. Этот курс купирует приступы малярии, но не действует на тканевые формы паразита. Для радикального лечения сразу же после окончания приема хингамина проводят 10-дневный

курс лечения примахином (по 0,027 г/сут) или хиноцидом (по 0,03 г/сут). Для лечения тропической малярии, вызванной лекарственно-устойчивыми плазмодиями, можно использовать хинина сульфат по 0,65 г 3 раза в сутки в

течение 10 дней в сочетании с сульфапиридазином: в 1-й день 1 г, в последующие 4 дня по 0,5 г. Эффективно сочетание хингамина (в 1 -и день 0,5 г 2 раза в сутки, в последующие 3-4 дня по 0,5 г/сут) с сульфапиридазином (1-й день 1 г, последующие 4 дня по 0,5 г/сут). Используют и другие препараты. Лечение малярийной комы лучше

начинать с в/в капельного (60 капель в 1 мин) введения хинина дигидрохлорида в дозе 0,65 г в 250-500 мл изотонического раствора хлорида натрия. Вливание можно повторить через 8 ч. Суточная доза не должна превышать 2 г. Используют также 5% раствор делагила (выпускается в

ампулах по 5 мл) по 10 мл через 6-8 ч, но не более 30 мл/сут. При тяжелых формах проводят и патогенетическое лечение. Назначают глюкокортикоиды (преднизолон по 30 мг 3 раза в сутки), антигистаминные препараты, инфузионную терапию и др.

**Уход.**

Основное внимание уделяется организации ухода за пациентами в период пароксизмов (приступов).В период озноба пациента необходимо согреть, период длится от 30 минут до 2-х часов, в период жара применять физические и медикаментозные методы снижения температуры и проводить контроль за АД, ЧДД, пульсом, диурезом, температурой. Организовать и применить аптечку на случай развития коллапса при критическом снижении температуры. В третьем периоде лихорадки организовать и провести смену нательного и постельного белья, уход за кожей и слизистыми. А так же организуют и осуществляют сестринский процесс по другим выявленным проблемам пациента. При начинающейся коме и других осложнениях немедленно вызвать врача, больных перевести в палату интенсивной терапии. При гемоглобинурийной лихорадке больных переводят в палату интенсивной терапии.

***Сестринское обследование.***

* Медсестра старается установить доверительное отношение с пациентом;
* Медсестра добивается адекватной самооценки пациентом своего состояния.

При осмотре медсестра:

* 1. обращает внимание на бледные кожные покровы с цианотичным оттенком, холодные шероховатые «гусиная кожа»;
  2. выясняет жалобы: дискомфорт, лихорадка, головные и мышечные боли;
  3. собирает анамнез заболевания, жизни, эпидемиологический анамнез;
  4. определяет основные изменения функций органов в связи с наличием данного заболевания, настроение, отношение пациента к своейболезни, характеризует и регистрирует основные показатели: температуру тела, перепады АД,ЧДД, пульс.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Проблемы пациента при инфекционной патологии: настоящие, потенциальные (сестринский диагноз) | Цели сестринского вмешательства : краткосрочные, долгосрочные | | | План сестринского вмешательства: независимые, зависимые, взаимозависимые вмешательства | Оценка результатов сестринского вмешательства | | |
| *Настоящие:*  Гипертермия  1. период повышения температуры тела | *Краткосрочные*: у пациента не будет озноба через 3 часа.  *Долгосрочные:* приступ озноба не возникнет через 1-2 недели | | | Независимые вмешательства:  1. Измерение температуры каждые 30 минут.  2. Рекомендовать пациенту лечь в постель.  3. Обеспечить пациенту физический и психический покой.  4. Согреть пациента (укрыть теплым одеялом, к ногам грелки, дать горячий чай, бульон).  *Зависимые вмешательства:* выполнять назначения врача | Медсестра оценивает достигнутые результаты с запланированными. Оценивает реакцию пациента на сестринский уход. Если цели достигнуты проблема пациента решена, медсестра ставит дату и подпись. Пациент, его родственники высказывают свое мнение о качестве сестринского ухода и при необходимости медсестра внесет коррективы в план сестринского вмешательства. Реализация целей осуществляется и регистрируется в протоколах к стационарному плану ухода. | | |
| 2. температура тела выше 37,50С | *Краткосрочные:* температура тела будет снижена  *Долгосрочные:*  1. не будет обезвоживания у пациента  2. не будет снижения массы тела | | | Независимые вмешательства:  1. Измерение температуры тела каждые 2-3 часа.  2. регистрация температуры в температурном листе  3. применить методы физического снижения температуры ( пузырь со льдом, холод на магистральные сосуды, обтирания обертывания, холодный компресс вентилятор),  4. обильное прохладное, кислое питье (соки, морс, |
|  |  | | | минеральные воды, холодный чай, компот, арбуз – 2 литра в день).  5. диета № 13 по Певзневу.  6. развесить мокрые простыни.  7. рекомендовать х/б нательное, постельное белье, одежду.  8. взвешивать пациента 1 раз в неделю.  9. при необходимости помощь в личной гигиене.  10. контролировать количество, цвет мочи, наличие стула.  *Зависимые вмешательства:*  1. консультация врача при любом ухудшении состояния пациента.  2. выполнить назначения врача. |
| 3. литическое снижение температуры тела, повышенная потливость | Восстановление возможностей | | | Независимые вмешательства:  1. рекомендовать пациенту расширенный режим активности.  2. поощрять потребность в самоуходе.  3. медсестра обеспечивает смену постельного нательного белья, его дезинфекцию.  4. контролировать состояние кожи (цвет, влажность).  5. проводить туалет кожи, слизистых.  6. измерять температуру тела.  7. провести коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии.  8. обеспечить пациенту сохранение тепла (теплое питье, укрыть). |
| 4. критическое снижение температуры | Не будет осложнений, связанных с критическим снижением температуры. | | | Независимые вмешательства:  1. измерение температуры тела  2. измерение, характеристика и регистрация АД, PS и ЧДД.  3.контроль за состоянием кожи (цвет, влажность).  4. обеспечить пациенту сохранение тепла (теплое питье, укрыть).  5. помощь в осуществлении личной гигиены после улучшения самочувствия.  *Зависимые вмешательства:*  1. консультация врача  2. выполнить назначения врача. |  | | |
| 5. головная боль | *Краткосрочные:* через трое суток интенсивность головной боли снизится.  *Долгосрочные:* головной боли не будет к моменту выписки. | | | Независимые вмешательства:  1. регулярное проветривание палаты.  2. соблюдать щадящий охранительный режим.  3. проводить влажную уборку в палате (боксе) два раза в день.  4. измерять АД.  5. дробное высококалорийное питание.  6. витаминизированные напитки.  7. медсестра обеспечит пациенту минимальный микроклимат в палате, физический и психический покой.  8. холодный компресс на голову.  9. беседа о заболевании и ходе лечения.  *Зависимые вмешательства:* выполнение назначений врача. |  | | |
| 6. мышечные боли. | *Краткосрочные:*  Через трое суток интенсивность мышечных болей снизится. *Долгосрочные:* мышечной боли не будет к моменту выписки. | | | Независимые вмешательства:  1. создание комфортных условий для пациента.  2. придать пациенту удобное положение в постели.  3. обеспечить пациенту физический и психический покой.  4. осуществить комплекс мероприятий по уходу за пациентом.  5. провести беседу с родственниками о психической поддержке пациента и щадящем режиме.  *Зависимые вмешательства:* обеспечить выполнение назначений врача. | |  | |
| 7. жажда, сухость во рту | *Краткосрочные:* жажда уменьшится к концу недели.  *Долгосрочные:* жажда исчезнет к моменту выписки. | | | Независимые вмешательства:  1. Ежедневно определять водный баланс.  2. осуществлять туалет полости рта пациента, обучить пациента выполнению этой манипуляции.  3. с целью уменьшения жажды обеспечить пациента кислыми морсами, компотами, соками.  4. медсестра убедит пациента, что при добросовестном выполнении назначений врача жажда уменьшится к концу недели. | |  | |
| 8. рвота | Краткосрочные:  1. У пациента не будет аспирации рвотных масс.  2. не будет обезвоживания организма.  *Долгосрочные:*  Пациент отметит, что приступы рвоты стали реже. | | | Независимые вмешательства:  1. взвешивание пациента один раз в день.  2. обеспечить доступ свежего  воздуха.  3. соблюдение личной гигиены.  4. обеспечение жидкостью пациента не менее 1,5-2 литров в сутки.  5. обучить пациента элементам ухода за полостью рта.  6. помочь пациенту во время рвоты (усадить пациента, грудь прикрыть клеенкой), или уложить, повернув голову набок.  7. обеспечить полоскание рта водой после каждого акта рвоты.  8. оставить рвотные массы для осмотра врачу.  9. водно - чайная пауза на два– четыре часа.  Зависимые вмешательства:  1. выполнять назначения врача.  2. при необходимости направить рвотные массы в баклабораторию. | |  | |
| 9. бред | *Краткосрочные:*  Пациент отметит облегчение состояния к концу недели заболевания.  *Долгосрочные:*  Бред исчезнет к моменту выписки пациента. | | | Независимые вмешательства:  1. устранить острые предметы из поля зрения.  2. создать вокруг пациента спокойную обстановку.  3. попытаться успокоить пациента.  4. создать пациенту удобное положение в постели.  5. создать пациенту физический и психический покой.  6. обеспечить меры безопасности пациенту (организовать постоянное дежурство медперсонала).  Взаимозависимые вмешательства:  1. преградить доступ пациента к окнам.  2. при необходимости использовать метод фиксации.  Зависимые вмешательства:  Выполнение назначений врача. | |  | |
|  | | | | | | | |
| 10. снижение аппетита.  11. слабость. Снижена способность обслуживать себя. | *Краткосрочные:*  Пациент осознает полноценность питания для улучшения здоровья и выздоровления к концу недели.  *Долгосрочные:*  Масса тела пациента не уменьшится к моменту выписки.  *Краткосрочные:* слабость уменьшится к концу недели.  *Долгосрочные:* к концу болезни пациент сможет обслуживать себя сам. | | | Независимые вмешательства:  1. медсестра будет беседовать с пациентом о быстром выздоровлении и необходимости правильного питания.  2. медсестра обеспечит пациенту прогулки, занятия физкультурой за сорок минут до еды.  3. медсестра выяснит у пациента и его родственников любимые блюда и продукты пациента.  4. медсестра обеспечит красивую сервировку подаваемых блюд.  5. медсестра обеспечит режим питания.  6. медсестра создаст благоприятную обстановку в палате во время еды.  7. один раз в три дня взвешивать пациента.  8. привлекать по возможности родственников к кормлению пациента.  9. пояснять пациенту о вреде алкоголя и курения на процесс пищеварения.  10. кормить пациента пищей в теплом виде малыми дозами, 5-6 раз в день.  Взаимозависимые вмешательства:  Включить в меню пациента, с разрешения врача и диет сестры, аппетитный чай, горечи, кислые морсы, мясорыбные бульоны.  Независимые вмешательства:  1. контролировать соблюдение пациентом предписанного режима, физической активности.  2. ежедневное наблюдение за состоянием пациента, регистрация изменений, сообщение врачу.  3. обеспечить пациенту помощь в удовлетворении основных, жизненных потребностей.  4. обеспечить психологическую поддержку пациента, физический покой.  5. ежедневные беседы с пациентом о заболевании.  6. обучить пациента элементам самоухода в домашних условиях.  7.предложить пациенту часто устраивать периоды отдыха.  8. провести беседу с родственниками пациента о рациональном образе жизни и уходе за пациентом.  Взаимозависимые вмешательства:  1. вместе с пациентом разработать план удовлетворения его потребностей.  2. вместе с пациентом обсудить режим питания и питья. | |  | |
| 12. Страх. Тревога. | | *Долгосрочные:*  Пациент не будет испытывать страх к моменту выписки. | Независимые вмешательства:  1. создать пациенту комфортные условия в палате.  2. уменьшить тревожное состояние пациента, связанное с заболеванием и незнакомой обстановкой.  3. провести беседу с пациентом о заболевании, предстоящих обследованиях, лечении.  4. отвлечь внимание пациента общением. | | | |  |
| 1. Высокая опасность распространения заболевания.   14. Потенциальные  высокий риск паразитоносительства | | ВБИ не будет *Долгосрочные:*  К моменту выписки пациент освободиться от плазмодиев. | Независимые вмешательства:  1. поместить пациента в отдельную палату или бокс.  2. засетчивание окон и дверей.  3. обеспечить пациента с помощью родственников репелентами.  4. медперсоналу работать одноразовыми инструментами (или выделить отдельный | | | |  |
| инструментарий – промаркировать).  5. медперсоналу при уходе за пациентом применять перчатки, маски и очки.  6. исследование крови доноров при неблагоприятной эпидемиологической обстановке.  7. персоналу проводить химиопрофилактику.  Зависимые вмешательства:  1. выписка пациента не ранее чем через 1-2 дня после освобождения крови от плазмодиев.  2. диспансерное наблюдение за переболевшими.  3. наблюдение за лицами, прибывшими из эпид.неблагоприятных стран.  4.предупреждение ввоза заболевания из- за границы.  5. повышение санитарной грамотности населения.  Зависимые вмешательства:  1. выписка пациента из стационара не ранее, чем через 1-2 дня после освобождения крови от плазмодиев.  2. диспансерное наблюдение за переболевшими малярией | | | |

**Профилактика.**

Мероприятия по профилактике малярии проводятся в следующих направлениях:

* выявление и лечение всех больных и паразитоносителей,
* борьба с переносчиками и защита от укусов комаров,
* химиопрофилактика,
* повышение специфической невосприимчивости населения.

Выявление, изоляция от комаров и лечение больных и паразитоносителей являются основой профилактики. Больных госпитализируют, проводят полноценное лечение исключающее рецидивы. Переболевших ставят на диспансерный учет. Ликвидация мест выплода комаров путем мелиорации или ирригации анафелогенных водоемов. Для уничтожения личинок и куколок применяют пленкообразующие вещества, высшие жирные спирты, жирные кислоты. Используют микробиологический препарат – бактокурицид. Заселяют водоемы рыбкой- гамбузией, поедающей личинки комаров. Для индивидуальной профилактики – ежедневно обрабатывают помещение настойками инсектицидов. Все окна, двери, форточки – засетчивать. На открытом воздухе использовать репеленты для обработки участков кожи. Проводить так же зоопрофилактику.

Химиопрофилактика:

1. массовая – назначается примахин всему населению в очаге.
2. индивидуальная- назначается хинин, артемисин, хлорохин, амодиахин, плаквенил, пиреметамин, прогуанил, фансидар, метакельфин, фансимеф, малоприм, мефлохин. Эта профилактика необходима для выезжающих в районы распространения тропической малярии. Препарат назначают за 2-3 дня до выезда в очаг, продолжают прием в течение всего пребывания в нем и 2-6 недель после возвращения. Вернувшиеся из эндемических районов не могут быть донорами крови в течение 3 лет. Диспансерное наблюдение за переболевшими, а так же за прибывшими из эндемических районов, продолжается 3 года. Исследование крови на наличие паразитов у этих лиц проводят при повышении температуры тела и ознобе, наличии лихорадки в течение 5 дней и более, особенно если температура повышается летом (эндемический сезон). Переболевшим проводится противорецидивное лечение, один раз в 10 дней осуществляется клинический осмотр.

Заключение.

Малярия является очень грозным и коварным заболеванием. К счастью на сегодняшний день изобретены массы химикатов и защитных средств, для ограждения человека от этого заболевания.

***Литература:***

А.К. Белоусова « Сестринское дело при инфекционных болезнях

В.Н. Дунайцева с курсом ВИЧ- инфекции в эпидемиологии»

Ф.С. Малаховичев « Инфекционные болезни».

Чириков Р.А. « Осложнения малярии»

## Справка

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в том, что он(она) находился(ась) на лечении

в МЛПУ «Городской Клинической Инфекционной больнице» № 8

отд.№ 3

с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г.

DS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендовано:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Леч.врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП. Зав.отд.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Справка

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в том, что он(она) находился(ась) на лечении

в МЛПУ «Городской Клинической Инфекционной больнице» № 8

отд.№ 3

с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г.

DS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендовано:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Леч.врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП. Зав.отд.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Справка

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в том, что он(она) находился(ась) на лечении

в МЛПУ «Городской Клинической Инфекционной больнице» № 8

отд.№ 3

с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г.

DS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендовано:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Леч.врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП. Зав.отд.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Справка

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в том, что он(она) находился(ась) на лечении

в МЛПУ «Городской Клинической Инфекционной больнице» № 8

отд.№ 3

с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г.

DS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендовано:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Леч.врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП. Зав.отд.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Справка

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в том, что он(она) находился(ась) на лечении

в МЛПУ «Городской Клинической Инфекционной больнице» № 8

отд.№ 3

с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г.

DS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендовано:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Леч.врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП. Зав.отд.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Справка

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в том, что он(она) находился(ась) на лечении

в МЛПУ «Городской Клинической Инфекционной больнице» № 8

отд.№ 3

с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008г.

DS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендовано:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Леч.врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП. Зав.отд.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_