**Тема курсовой по медицине:** Сестринский уход при клещевом энцефалите

**2. Диагностика и лечение клещевого энцефалита**

**2.1 Диагностика клещевого энцефалита**

Специфическая и неспецифическая лабораторная диагностика клещевого энцефалита.

В периферической крови обнаруживают умеренный лимфоцитарный лейкоцитоз, иногда сдвиг влево с увеличением количества палочкоядерных лейкоцитов, повышение СОЭ.

При двухволновом течении заболевания на первой волне у большинства больных наблюдается лейкопения с относительным лимфоцитозом, во время второй волны - лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом и повышение СОЭ. При менингеальных и очаговых формах заболевания в спинномозговой жидкости обнаруживают лимфоцитарный плеоцитоз, от нескольких десятков до нескольких сотен клеток в 1 мкл.

Лабораторная диагностика клещевого энцефалита основана на выявлении антител в крови заболевших. Используют РСК (реакция связывания комплемента), РТГА (реакция торможения гемагглютинации). РН и другие методы.

Стандарт диагностики клещевого энцефалита.

Стандарт диагностики - ИФА, который позволяет отдельно определять общий пул антител к вирусу, иммуноглобулины класса G и М. Определение иммуноглобулинов класса М важно для диагностики не только острых случаев заболевания, но и обострений хронического течения. Иммуноглобулины класса G - следствие перенесённого заболевания или эффективной вакцинации. Серологические исследования проводят в парных сыворотках, взятых в начале и конце заболевания. При отсутствии антител возможно исследование 3-й пробы крови, взятой через 1,5-2 мес. после начала болезни.

В последние годы в клиническую практику внедряют метод ПЦР, который позволяет обнаружить специфические фрагменты генома вируса в крови и спинномозговой жидкости на ранних сроках болезни. Метод позволяет поставить диагноз в течение 6-8 ч.

Дифференциальная диагностика клещевого энцефалита.

Дифференциальная диагностика клещевого энцефалита проводится с тремя основными группами заболеваний:

* другими трансмиссивными инфекциями, переносимыми иксодовыми клещами;
* инфекционные болезни с острым началом и выраженными общеинфекционными проявлениями;
* другими нейроинфекциями.

В регионах, эндемичных по клещевому энцефалиту, как правило, встречаются другие трансмиссивные инфекции: системный клещевой боррелиоз и клещевой риккетсиоз. Общее для этих инфекций - укус клеща в анамнезе, примерно одинаковые инкубационные периоды и наличие симптомов интоксикации в остром периоде.

Одновременная заражённость (от 0,5 до 5-10%) возбудителями клещевого энцефалита и боррелиями клещей *I.* определяет существование сопряжённых природных очагов этих инфекций и возможность развития у одного больного признаков обоих заболеваний, т.е. микст-инфекции. Для постановки диагноза микст-инфекции обязательно наличие клинических признаков двух инфекций. Диагноз клещевого энцефалита основан на характерной клинической картине заболевания и обнаружении в сыворотке крови IgM или нарастания титров IgG к вирусу клещевого энцефалита. Диагноз клещевого боррелиоза основан на клинической картине (мигрирующая эритема, синдром Баннварта, неврит лицевого нерва, полирадикулонейропатия, миокардит, полиартрит) и определении в сыворотке крови диагностических титров IgM или нарастания титров IgG при ИФА.

Дифференциальная диагностика клещевого энцефалита с гриппом должна учитывать сезонность заболевания, посещение леса, наличие контакта с клещами или факта переохлаждения, а также результаты лабораторных исследований.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом от клещевого энцефалита отличают мучительные боли в поясничной области, выраженные изменения в клиническом анализе крови (с 3-5-го дня болезни нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появление плазмоцитов, повышение СОЭ до 40-60 мм/ч) и развитие почечной недостаточности, характеризующейся олигоурией. низкой относительной плотностью мочи, протеинурией.

При проведении дифференциальной диагностики менингеальных форм клещевого энцефалита с менингитами, вызванными другими вирусами (вирусами Коксаки, ECHO, эпидемического паротита, гриппа, герпесвирусами), прежде всего необходимо обращать внимание на сезонность заболевания и указание в анамнезе на посещение леса, укусы и нападение клещей. Наряду с клинической симптоматикой заболевания, большое значение имеют методы вирусологического и серологического исследований сыворотки крови.

Для туберкулёзного менингита характерен продромальный период, постепенное развитие менингеальных симптомов с вовлечением в процесс черепных нервов. По мере нарастания менингеальных симптомов увеличивается вялость и адинамия, больные постепенно впадают в сопорозное состояние. Возбуждение встречается редко. Головная боль резко выражена. Спинномозговая жидкость вытекает под высоким давлением; плеоцитоз лимфоцитарный; содержание белка повышено, глюкозы - снижено. Характерно образование в спинномозговой жидкости нежной плёнки, иногда с наличием микобактерий туберкулёза, что окончательно уточняет диагноз. При рентгенологическом исследовании часто наблюдают различные изменения в лёгких туберкулёзного характера. В анамнезе часто встречается туберкулёз у самого больного или в его окружении.

**2.2 Лечение клещевого энцефалита**

Лечение проводится в условиях стационара. Все пациенты должны быть госпитализированы в инфекционном отделении больницы. Постельный режим, покой и правильное питание в данном случае обязательны. Что же касается медикаментозного лечения, то пациенту сразу же вводят специфический иммуноглобулин. Кроме того, проводится противовирусная терапия. В частности, больным вводят препараты, которые содержат интерферон (например, средство «Интрон А», «Роферон»). Кроме того, необходим прием индукторов интерферона. В частности, довольно эффективными считаются препараты «Неовир», «Циклоферон» и «Амиксин». Лечение включает в себя и прием других лекарств. В частности, пациенты проходят дезинтоксикационную терапию. Больным также назначают прием противовоспалительных и жаропонижающих средств. В схему терапии могут включить и препараты, которые улучшают трофику нервных тканей и нормализируют микроциркуляцию крови. Как правило, курс лечение длится от 3 до 5 недель. Но даже после выписки пациент остается на учете у врача-инфекциониста, а также у невропатолога. В зависимости от формы и тяжести заболевания, пациент обязан проходить повторные обследования каждые 3-6 месяцев на протяжении последующих 1-3 лет.

**3. Уход за больными при инфекционных заболеваниях**

**3.1 Общий уход**

Осуществление ухода за пациентом с каким-либо инфекционным заболеванием имеет ряд особенностей, главным образом связанных с его интоксикацией, необходимостью соблюдения постельного режима и т.д. Уход такого рода включает большой комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, а также лечебных и диагностических процедур, целями которых являются скорейшее выздоровление пациента и профилактика распространения инфекции.

В первую очередь следует помнить о том, что подавляющее большинство таких больных выделяют возбудителей заболевания во внешнюю среду, являясь источниками инфекции. Чрезвычайно важно знать характерные особенности конкретного заболевания, хорошо представлять себе, где именно в организме пациента локализуются возбудители и какими путями они могут попадать во внешнюю среду, а также каким образом может произойти инфицирование окружающих. Исходя из этого определяются необходимые мероприятия по предотвращению распространения инфекции.

Большая часть инфекционных заболеваний сопровождается лихорадкой, симптомами общей интоксикации организма и поражением центральной нервной системы вследствие воздействия на нее токсинов — это приводит к развитию различных нервно-психических расстройств.

Инфекционные болезни отличаются острым течением и значительной динамикой, что обусловливает резкие изменения состояния пациента. В связи с этим он должен находиться под постоянным контролем квалифицированного медицинского персонала.

При инфекционных заболеваниях клиническое выздоровление нередко наступает значительно раньше, чем организм пациента успевает полностью восстановиться. Наличие в организме инфекции неизбежно приводит к развитию органических и функциональных расстройств, для ликвидации которых требуется значительное время. В период выздоровления пациенты ослаблены, у них имеются нарушения со стороны психики, могут присутствовать расстройства деятельности сердечнососудистой системы или других органов. Наряду с этим их общее самочувствие зачастую может быть достаточно неплохим. Врачи и медицинские сестры должны хорошо представлять указанные особенности инфекционных больных, чтобы осуществлять надлежащий уход за ними в условиях стационара и дома.

Для эффективной терапии заболевания медицинский персонал профильного отделения стационара обязан вести постоянное наблюдение за состоянием пациента и фиксировать в специальном журнале данные основных показателей, к которым относятся частота и характер пульса и дыхания, мочеиспускания, стула, суточный диурез и т.д. Все записи производятся лечащим или дежурным врачом.

Контролируя деятельность дыхательной системы больного, следует фиксировать частоту дыхательных движений (в 1 мин), общий тип дыхания, наличие патологических изменений (стенотического дыхания, дыхания Чейна – Стокса и т.п.), наличие и характер кашля и выделения мокроты (общего количества, цвета, консистенции). В ряде случаев у больных наблюдаются патологии дыхания, что особенно характерно для тяжелых интоксикаций, коматозного состояния и некоторых нейроинфекций. Изменения характера дыхания также отмечаются, если основное заболевание осложнено пневмонией. Стенотическое дыхание в большинстве случаев выявляется при дифтерийном крупе. При развитии отека легких дыхание обычно шумное и клокочущее.

Сбор мокроты пациентов для оценки общего ее количества производится в специальную посуду из стекла с плотной крышкой. Такие емкости подвергаются дезинфекции с помощью 3%-ного раствора лизола. Забор данного биологического материала для лабораторного исследования проводится в стеклянные емкости с крышкой, которые промываются кипятком.

Тяжелое состояние инфекционного больного предполагает соблюдение постельного режима в течение длительного времени. На фоне общего ослабления организма это может способствовать развитию так называемой гипостатической, или застойной, пневмонии. Для предупреждения развития данного осложнения необходимо регулярно поворачивать больного в постели.

При целом ряде инфекционных заболеваний могут наблюдаться патологические изменения со стороны деятельности сердечнососудистой системы. Для того чтобы своевременно их выявить, медицинская сестра и лечащий врач должны следить за пульсом пациента, отмечая его частоту, наполнение, напряжение, ритм, по возможности чаще измерять артериальное давление, проводить определение перкуторных границ сердца, осуществлять аускультацию (выслушивание), фиксируя тоны, их расщепление и характер определяемых шумов.

Необходимо поддерживать хорошее гигиеническое состояние ротовой полости пациента. После каждого приема пищи больной должен полоскать полость рта теплой кипяченой водой и проводить чистку зубов. Больным, находящимся в тяжелом состоянии, медсестра должна обрабатывать ротовую полость ватным тампоном, обильно смоченным 2%-ным раствором борной кислоты, не менее двух раз в день. Во время проведения данной гигиенической процедуры избегайте резких движений во избежание травмирования слизистой оболочки полости рта. Аналогичная методика применяется для очищения языка тяжелобольного. В случае, если отмечается сухость языка, обработайте его смесью глицерина с водой в соотношении 1:1. Возможные трещины языка дезинфицируются 2%-ным раствором азотно-кислого серебра. Поддержание нормального гигиенического состояния полости рта является важной профилактической мерой для предотвращения гнойных паротитов, нередко возникающих, в частности, при брюшном и сыпном тифах.

Ряду инфекционных заболеваний свойственно проявление таких симптомов, как запоры и метеоризм. Для ликвидации запоров применяются очистительные клизмы. Температура воды при этом должна составлять 33 – 34°С, а общий объем клизмы: 600 – 800 мл. Для постановки клизмы используют резиновую грушу с наконечником или кружку Эсмарха. При стойком запоре, как правило, делается гипертоническая клизма, для которой нужно взять 250 мл 10%-ного раствора натрия хлорида. При выраженном вздутии кишечника можно использовать специальную газоотводную трубку. Инфекционным больным, тяжесть состояния которых не позволяет им самостоятельно посещать туалет, выделяют индивидуальные судна.

При возникновении рвоты голову пациента следует повернуть набок и немного наклонить во избежание попадания рвотных масс в дыхательные пути и развития аспирационной пневмонии. В ряде случаев рвоту можно успокоить, дав больному небольшие кусочки льда или мятную настойку (8–10 капель на 100 мл воды) внутрь.

Всем пациентам с инфекционными заболеваниями в обязательном порядке еженедельно проводится лабораторное исследование мочи. Во многих случаях существует необходимость определения водного баланса — соотношения суточного диуреза и объема потребляемой за сутки жидкости.

При некоторых инфекционных заболеваниях могут возникать такие осложнения, как циститы и пиелиты. В таких ситуациях показано назначение антибиотикотерапии, диеты с преобладанием молочных и растительных продуктов и обильным питьем.

Все лечебные и диагностические манипуляции (внутривенные вливания препаратов, спинномозговые и плевральные пункции, гемотрансфузии, пункции живота при асците, катетеризация мочевого пузыря, кожные пробы) должны выполняться исключительно врачом. Некоторые манипуляции проводятся непосредственно у постели больного. Проведение подкожных и внутримышечных вливаний лекарственных препаратов, зондирование, постановка клизм и согревающих компрессов - задачи медицинских сестер.

При проведении всех без исключения диагностических и лечебных процедур следует строго соблюдать правила асептики и антисептики, поскольку снижение иммунитета у больных с инфекционными заболеваниями создает предпосылки для возникновения вторичной инфекции.

Особого внимания заслуживает питание больных и выздоравливающих. Пациенты должны принимать пищу не менее четырех раз в день (завтрак, обед, полдник, ужин) в часы, четко определенные внутренним распорядком стационарного отделения. Ослабленный организм пациента с инфекционным заболеванием особенно нуждается в получении витаминов, и это следует учитывать при назначении определенной диеты. Для обогащения рациона больного витаминами следует включать в него натуральные соки, а в том случае, если не отмечается значительных поражений органов пищеварительного тракта, допустимо давать больному свежие фрукты и овощи.

При выборе блюд следует учитывать специфику и особенности конкретного заболевания. Если имеется возможность, то следует учитывать и индивидуальные вкусы больных, поскольку привычная и любимая пища положительно влияет на их эмоциональный настрой.

Как правило, для скорейшего выведения из организма токсинов, продуцируемых болезнетворными микроорганизмами, и побочных продуктов обмена веществ инфекционные больные должны потреблять больше жидкости. При этом целесообразно использовать не только воду, но и ягодные морсы, соки или чай с лимоном, так как эти напитки дополнительно насыщают организм витаминами и микроэлементами. Если имеет место серьезное обезвоживание организма, то его ликвидация достигается путем внутривенных (предпочтительнее капельных) или подкожных вливаний 0,9%-ного раствора натрия хлорида и 5%-ного раствора глюкозы. При нарушениях функции глотания прибегают к кормлению посредством зонда или же питательных клизм.

Посуда и остатки пищи инфекционного больного обязательно должны дезинфицироваться. Самым простым дезинфицирующим средством для этих целей является хлорамин Б. Для дезинфекции посуды с остатками пищи используют его 0,5%-ный раствор.

Выраженная интоксикация, значительное обезвоживание, нарушение функции глотания - все эти факторы позволяют лечащему врачу принять решение об искусственном питании при помощи питательных клизм. Перед тем как приступить к данной процедуре, больному ставят очистительную клизму, после чего посредством специального резинового катетера, введенного в прямую кишку, подают из воронки питательную смесь, обычно состоящую из молока, сахара, яичного желтка с добавлением аскорбиновой кислоты. Единовременно вводятся 100 – 150 мл питательной смеси по 3 – 4 раза в сутки. Температура питательной смеси должна составлять 36 – 37°С.

В ряде случаев питательная смесь вводится в организм больного посредством дуоденального зонда. Данный способ показан при наличии нарушений функции глотания. Детей с дифтерийными параличами, сопровождающимися расстройством глотательной функции, кормят питательными смесями посредством тонкого зонда, введенного через носовые ходы. В состав смеси входят по 50 г. сахара и сливочного масла, 1 яйцо, 200 мг аскорбиновой кислоты и 150 г. молока. В связи с повышенной опасностью возникновения у маленьких детей асфиксии обязательным условием при проведении искусственного кормления является присутствие двух медицинских сестер, для того чтобы в случае необходимости оказать ребенку неотложную помощь.

**3.2 Уход за больными при клещевом энцефалите**

За больными, страдающими энцефалитом, необходим особый уход из-за наличия у многих из них нарушений сознания и выраженных двигательных расстройств, в том числе параличей конечностей, гиперкинезов, бульбарного синдрома.

При уходе за больными с нарушением сознания необходимо следить за чистотой их нательного и постельного белья, не менее двух раз в день умывать и подмывать больных, осторожно кормить их из ложки (если не нарушено глотание), следить за тем, чтобы больные с двигательным возбуждением не падали, поворачивать в постели больных в состоянии оглушения и заторможенности, протирать у них кожу камфорным спиртом для профилактики пролежней.

Тщательного ухода требуют больные с двигательными нарушениями, особенно с бульбарным синдромом, характеризующимся расстройствами речи, глотания, дыхания.

Средний медицинский персонал должен не только уметь войти в контакт с больным, правильно ухаживать за ним, но и не пропустить появление нарушений дыхания, при которых следует проводить реанимационные мероприятия.

**Проблемы пациента:**

1. Гипертермия более 38 градусов.

1. Обильное потоотделение.

2. Жажда.

3. Миалгия.

4. Артралгия.

5. Раздражительность.

6. У женщин нарушение менструации.

7. Преждевременные роды.

8. Выкидыши.

9. Боли в позвоночнике.

10. Головная боль.

11. Головокружение.

12. Тошнота и рвота.

Сестринский уход при параличе конечностей

В зависимости от нарушения двигательной иннервации заболеванием центральной или периферической нервной системы, различают центральные и периферические параличи, первые из них ещё подразделяют на головно- и спинномозговые.

Для некоторых типических форм паралича установились специальные названия, а именно:

1. Гемиплегия — паралич половины тела, обычно наблюдаемый при заболеваниях головного мозга;

2. Тетраплегия — паралич большей части тела, включая верхние и нижние конечности;

3. Моноплегия — паралич, ограниченный одной из конечностей;

4. Параплегия — совместный паралич обеих верхних или обеих нижних конечностей, преимущественно обусловленный поражением спинного мозга;

5. Офтальмоплегия — паралич мышц глаза;

6. Птоз — паралич верхнего века, выражающийся в опущении его.

Методы лечения

На сегодняшний день известно довольно много различных методов лечения такого сложного заболевания, как паралич. Основными методами по-прежнему остается зарядка, массаж. Для того чтобы убрать спазмы, врачи рекомендуют использовать различные опиаты.

Даже если учитывать, что методы лечения достаточно консервативные, все они направлены на то, чтобы развить мышцы конечностей и не позволить им атрофироваться. В зависимости от того насколько качественно будет проведен массаж и зарядка, будет полностью зависеть активность больного параличом.

В первую очередь больного учат сидеть на кровати. Если учитывать степень сложности данной болезни, то сделать это не так просто, как может показаться на первый взгляд. Чтобы человек смог самостоятельно сесть на кровати, необходимо потратить очень много времени и усилий.

Некоторые специалисты используют для лечения заболевания грязи и серные ванны, которые в некоторых случаях имеют отличное влияние на человека и помогают ему улучшить самочувствие. В данной ситуации очень важно помнить, что такие методы лечения нельзя использовать, если у пациента наблюдается рассеянный или системный склероз, туберкулезный спондилит.

Стоит отметить, что лечение данного заболевания будет полностью зависеть от его характера, а также от причин, которые изначально вызвали развитие паралича конечностей.

Главная проблема неподвижности - пациент не может общаться с окружающей средой, которая оказывает значительное влияние на формирование личности. От степени и продолжительности неподвижности у пациента могут появиться проблемы в психосоциальной сфере; падает способность к обучению, снижается мотивация, скудеют чувства и эмоции.

Поэтому сестринская помощь должна быть направлена на:

* максимально возможное восстановление подвижности;
* самостоятельность при движении с использованием костылей, палок, протезов.

Это имеет огромное значение для улучшения качества жизни пациента.

Сестринский уход при гиперкинезах

Гиперкинезы или дискинезии - патологические внезапно возникающие непроизвольные движения в различных группах мышц.

Классификация гиперкинезов

* Тремор (дрожание);
* Физиологический тремор;
* Эссенциальный тремор;
* Паркинсонический тремор;
* Мозжечковый тремор;
* Рубральный (мезэнцефальный) тремор, или тремор Холмса;
* Дистонический тремор;
* Невропатический тремор;
* Психогенный тремор;
* Дистония (мышечная дистония);
* Краниальная дистония;
* Цервикальная дистония (спастическая кривошея);
* Вторичная дистония;
* Лекарственная дистония;
* Хорея;
* Атетоз;
* Баллизм;
* Тики;
* Миоклония;
* Физиологическая миоклония;
* Эссенциальная миоклония;
* Эпилептическая миоклония;
* Симптоматическая миоклония;
* Мультифокальная миоклония;
* Прогрессирующая миоклоническая атаксия;
* Акатизия;
* Поздняя дискинезия;
* Пароксизмальные дискинезии;
* Пароксизмальная кинезиогенная дискинезия;
* Пароксизмальная некинезиогенная дискинезия;
* Лицевой гемиспазм;
* Нейромиотония;
* Синдром «болезненные ноги (руки) - движущиеся пальцы»
* Синдром «ригидного человека»

Помощь при гиперкинезах.

Больного следует уложить в постель. Если больной возбуждён, то его нужно успокоить, можно дать препараты корня валерианы и травы пустырника и вызвать врача. Если возбуждение наступило перед сном и ожидается нарушение сна, можно совершить с больным прогулку, до заметной усталости.

Массаж и лечение положением используются ограниченно. Эффективен точечный массаж, иглотерапия.

Лечебная гимнастика направлена на уменьшение амплитуды и частоты движений: обучение дозированным напряжениям и расслаблениям, упражнения с утяжелением, гимнастическими снарядами - палками, мячами. Особое внимание отводится письму, которое чаще всего нарушено. Тут применимы и срисовывания русского и иностранного шрифтов, раскрашивание картинок, послание с разной скоростью и разными шрифтами - письменными, печатными.

При малоподвижности лечебная гимнастика направлена на повышение амплитуды движенья во всех суставах и обучение различным видам ходьбы (по линиям, узкой дорожке). Весьма важны упражнения с игровыми и спортивными элементами — игра в мяч, имитация лыжного хода и гребли, боксерских ударов, занятия на игровых тренажерах.

Сестринский уход при бульбарном синдроме

Бульбарный синдром - клинический синдром поражения продолговатого мозга, характеризующийся расстройством глотания, речи, фонации и атрофией мышц языка. При бульбарном синдроме поражаются двигательные ядра языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов или их корешки.

Больные могут поперхнуться во время еды, жидкая пища попадает через носоглотку в нос, нередко частицы пищи или слюны проникают в гортань и трахею, могут наблюдаться нарушения функции дыхания и сердечной деятельности.

Лечение направлено на основное заболевание и проводится в условиях стационара. Страдающим бульбарным параличом необходимы покой, организация правильного кормления жидкой пищей небольшими порциями. Во время еды больной должен находиться в положении полусидя. Больные с бульбарным параличом нуждаются в тщательном уходе за полостью рта. Для улучшения функции пораженных ядер и нервов назначают прозерин, при слюнотечении - атропин. При развитии расстройства дыхания осуществляют искусственную вентиляцию лёгких.

**3.3 Профилактика клещевого энцефалита**

Существует определённая схема прививки от клещевого энцефалита для детей. Врачи сезонно предлагают родителям подписать добровольное соглашение на проведение вакцинации. В случае положительного решения прививки ставятся по следующей схеме:

* курс инъекций от данной инфекции состоит из 2-ух прививок (рекомендуемое время для вакцинации - март-апрель, так как иммунитет начинает вырабатываться через две недели после второй прививки);
* между ними интервал составляет от 1-ого до 3-ёх месяцев, исключением является экстренная вакцинация, когда интервал сокращают до двух недель;
* после этого ревакцинация проводится только через 3 года;
* при этом если ребёнку уже больше 12-ти лет, после первого курса инъекций ревакцинация проводится каждые 5 лет;
* тем, кому до 12-ти лет первая ревакцинация назначается через 1 год после привычного курса, затем — по выше означенной, стандартной схеме.

Прививка против клещевого энцефалита ставится в плечо, подкожно. Прививки против клещевого энцефалита делаются импортными и отечественными вакцинами:

Энцепур детский для детей 1-12 лет;

ФСМЕ-ИММУН Джуниор для детей 1-16 лет;

ЭнцеВир для всех, старше 3-х лет;

Необходимая всем детям прививка от клещевого энцефалита имеет неоспоримый ряд преимуществ, о которых многие не задумываются или просто не знают. К ним относятся:

* даже если энцефалитный клещ и укусит привитого ребёнка, он либо вовсе не заразится, либо инфицирование пройдёт в лёгкой форме без осложнений и последствий для его дальнейшего здоровья;
* несмотря на множество реакций на прививку от энцефалита, все они отмечаются достаточно редко и далеко не у всех детей, так что данная вакцинация переносится большинством деток легко и безболезненно;
* согласившись на прививку, можно не переживать за ребёнка летом, не лишать его прогулок на свежем воздухе и походов в лес;
* если задаваться вопросом, сколько действует прививка против клещевого энцефалита, опять-таки можно по достоинству оценить её преимущества: в течение 3-х лет можно не бояться за здоровье малыша.

Противопоказания

Существуют противопоказания, при которых прививка от энцефалита детям не делается, так как может нанести вред больному организму. Поэтому перед началом вакцинации каждый ребёнок должен пройти обследование на выявление этих состояний. Если это хроническое заболевание, прививка не делается вообще. Если острое — просто откладывается. К таким противопоказаниям относятся:

* индивидуальная непереносимость вводимого препарата;
* любые прогрессирующие заболевания - как хронические, так и острые;
* аллергия на белок яйца или мясо курицы;
* после последней иммунизации должно пройти не менее двух месяцев;
* высокая температура тела;
* эндокринные заболевания;
* серьёзные патологии печени или почек;
* врождённый или приобретённый иммунодефицит.

Если были соблюдены все противопоказания и правила проведения вакцинации, никаких осложнений в состоянии привитого ребёнка не наблюдается. Вообще побочные эффекты прививки от клещевого энцефалита крайне редки, вопреки всем мифам и страшным рассказам. Обычно реакция не выходит за пределы нормы и вполне предсказуема.

Реакция на вакцинацию

В первые 3-4 дня после вакцинации. Это могут быть следующие проявления и симптомы:

* в месте укола могут наблюдаться небольшая припухлость, уплотнение, покраснение и болезненные ощущения, которые проходят самостоятельно в течение 2-3 дней после инъекции: главное - ничем прокол в этот период не смазывать и не заклеивать пластырем, а вот мочить его можно безбоязненно;
* несильные аллергические реакции в виде сыпи на коже, чихания и лёгкого насморка: в таком случае можно дать ребёнку антигистаминные препараты, а вот если через пару дней эти симптомы не исчезнут или состояние малыша ухудшится, необходимо немедленно сообщить об этом врачу, так как это может свидетельствовать об индивидуальной непереносимости препарата, особенно если вакцинация проводилась в первый раз;
* иногда прививка от энцефалита детям вызывает головную боль, недомогание и даже незначительное повышение температуры тела, но всё это проходит очень быстро - в течение пары суток;
* увеличение лимфоузлов;
* боль в мышцах;
* учащение пульса;
* нарушение аппетита и сна;
* тошнота, диарея, рвота.

Бояться всех этих проявлений не стоит, так как они не представляют никакой опасности для здоровья ребёнка и проходят в течение 3-4 дней после вакцинации. Это ещё раз доказывает тот факт, что прививка против клещевого энцефалита совершенно безопасна и даже необходима. Осложнения бывают в редких случаях, когда по каким-то причинам не было выявлено одно из противопоказаний для вакцинации.

Осложнения

Про страшные осложнения после прививки от энцефалита рассказывают много, при этом совершенно не представляя, насколько они редки. И тем не менее родители должны знать, что бывает в случае несоблюдения противопоказаний к данной вакцинации. Это могут быть такие заболевания, как:

* сбои в работе сердечнососудистой системы;
* патологии суставов;
* отёк Квинке вследствие непереносимости вводимого препарата.

По статистике, вакцина против клещевого энцефалита помогает уберечь от заболевания 95% привитых. То есть только 5 человек из 100 привитых могут все-таки заразиться, однако в этом случае болезнь пройдет без тяжелых последствий и в легкой форме.