Введение

Актуальность.

Острые кишечные инфекции занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной заболеваемости и представляют одну из серьезнейших проблем здравоохранения, актуальную для всех стран земного шара. Исключая небольшой спад заболеваемости в отдельные годы, острые кишечные инфекции не имеют тенденции к снижению, отмечается появление сероваров, обуславливающих тяжелое течение болезни, получают широкое распространение острые кишечные инфекции, которые прежде не диагностировались или встречались редко.

Какова же структура ОКИ в нашей стране по мнению инфекционистов стационаров и поликлиник? Три микроорганизма названы наиболее частыми возбудителями ОКИ у взрослых: сальмонеллы отмечены 337 респондентами (78,93%), шигеллы - 320 (74,94%) и ротавирусы - 149 (34,89%). Наибольшее значение сальмонеллам как основным возбудителям ОКИ у взрослых предают инфекционисты стационаров (81,20% респондентов этой группы), несколько меньшее -инфекционисты поликлиник (78,21%) и еще меньшее - прочие специалисты (72,29%). На четвертое место по значимости инфекционисты стационаров и прочие специалисты поставили энтеровирусы (17,29% и 25,30% соответственно), а на пятое - атипичных эшерихий (15,41% и 21,69% соответственно). Доля других микроорганизмов (гемофильная палочка, протеи, иерсинии, арбовирусы) была существенно меньше. Таким образом, инфекционисты стационаров и поликлиник вне зависимости от давности окончания вуза считают, что основными возбудителями ОКИ у взрослых являются бактериальные агенты (78,3% случаев), и придают наибольшее значение шигеллам и сальмонеллам. Официальными источниками получения информации о наиболее распространенных заболеваниях, в том числе инфекционных, в нашей стране являются Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. [1] По словам академика РАМН В.И. Покровского (2000), только в последние 2-3 десятилетия описано более 20 ранее не известных «emerging» («возникшие, развивающиеся») инфекционных болезней, многие из которых представляют высокую эпидемическую опасность и характеризуются высокой летальностью. В России в соответствии с официальными сообщениями ежегодно отмечается снижение числа традиционно знакомых врачам ОКИ (острой дизентерии, брюшного тифа и других сальмонеллезов), и в то же время заболеваемость острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии в 2010 г. составила 215,6 на 100 тыс. населения против 176,5 за тот же период 2009 г., острыми кишечными инфекциями установленной этиологии - 95,47 и 83,49 соответственно,

Используя современные подходы в лечении острых кишечных инфекций, можно избежать развития таких грозных осложнений, как инфекционно-токсический шок, гиповолемический шок, острая почечная недостаточность. Аккуратность и рациональность в применении антибактериальной терапии позволяет избавить пациентов от дисбактериоза, адекватно проведенная пероральная регидротация в короткие сроки справляется с основными симптомами острых кишечных инфекций.

В качестве еще одной причины повышенного внимания к проблеме ОКИ можно назвать значимое увеличение частоты летальных исходов в течение года после эпизода диареи - 2,2% в сравнении с 0,7% у пациентов, которые не переносили кишечных заболеваний в предшествующий исследованию год.

Летальность при пищевых токсикоинфекциях и сальмонеллезах, по нашим данным, в 1985-1995 гг. составила 0,1 %, в 1995-2010гг. при острых кишечных инфекциях (без шигеллезов) - 0,1 %, в том числе при сальмонеллезах - 0,25 % и при пищевых токсикоинфекциях неустановленной этиологии - 0,09 %, как следствие можно сделать вывод, что летальность от ОКИ на протяжении последних лет остается низкой. Однако в последние годы возросло число летальных исходов, обусловленных ИТШ (44,4 %). Тромбоз мезентериальных сосудов стал осложнением острых кишечных инфекций у 11,1 % больных, тромбоз легочных сосудов - у 8,3 %. В последние годы увеличилась летальность при дизентерии. Число умерших от дизентерии Флекснера в 2000 годах возросло почти в 10 раз (7 %). У 15 % умерших больных течение дизентерии осложнилось ИТШ, парезом и непроходимостью кишечника, развитием гнойных и перфоративных перитонитов. Причинами смерти были также острая сердечно-сосудистая недостаточность при кишечной интоксикации (50 %). [2]

Существует множество кишечных инфекций, но мы рассмотрим самые распространенные: сальмонеллез, дизентерию, ботулизм.

Цель работы.

Изучение роли медицинских сестер в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах при кишечных инфекциях.

Задачи:

.Изучитьэтиологию распространенных кишечных инфекций.

.Рассмотреть особенности клинической картины и принципы их диагностики,

.Расширить представления о роли медицинской сестры в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах при кишечных инфекциях;

.На практическом примере рассмотреть ведение инфекционных больных при стационарном лечении.

Глава 1. Теоретическая часть

.1 Понятие об инфекционном и эпидемическомпроцессах при кишечных инфекциях

Инфекционные заболевания - это группа заболеваний, вызываемых проникновением в организм патогенных (болезнетворных) микроорганизмов. Для того, чтобы патогенный микроб вызвал инфекционное заболевание, он должен обладать вирулентностью (ядовитостью; лат. Virus - яд), то есть способностью преодолевать сопротивляемость организма и проявлять токсическое действие. Одни патогенные агенты вызывают отравление организма выделяемыми ими в процессе жизнедеятельности экзотоксинами (столбняк, дифтерия), другие - освобождают токсины (эндотоксины) при разрушении своих тел (холера, брюшной тиф).

Одной из особенностей инфекционных заболеваний является наличие инкубационного периода, то есть периода от времени заражения до появления первых признаков. Длительность этого периода зависит от способа заражения и вида возбудителя и может длиться от нескольких часов до нескольких лет (последнее бывает редко). Место проникновения микроорганизмов в организм называют входными воротами инфекции. Для каждого вида заболевания имеются свои входные ворота, так, например, холерный вибрион проникает в организм через рот и не способен проникать через кожу. [3]

Эпидемиологический процесс при кишечных инфекциях

В 2013 году в России число зарегистрированных вспышек инфекционных болезней превысило среднемноголетние цифры практически в 2 раза. Более половины (67%) таких групповых заболеваний связаны с употреблением некачественной пищи. Причинами пищевых отравлений и инфекционных болезней, передающихся с пищей, являются нарушения технологии приготовления блюд, их неправильное хранение, несоблюдение правил личной гигиены поварами и кондитерами. Крупные вспышки сальмонеллеза были зарегистрированы в Калининградской области и на других территориях, в текущем 2014 году отмечены вспышки дизентерии в Екатеринбурге, острых кишечных инфекций во Владимирской области.

В современных условиях острые кишечные инфекции становятся всё более значимой проблемой для большинства экономически развитых государств. В США ежегодно регистрируются от 6,6-12,7 миллионов случаев инфекционных, болезней, связанных с питанием, из них свыше 1000 умирают. Летальные исходы чаще регистрируются при сальмонеллёзах (28%). Среди причин, отягощающих течение заболевания и его прогноз, всё более весомую роль приобретает снижение чувствительности возбудителей инфекций к противомикробным препаратам. Несколько ранее такие же результаты были опубликованы в Германии и в Финляндии.

География острых кишечных инфекций широка, а их распространение обусловлено как местными факторами риска при производстве, переработке и реализации пищевых продуктов, так и межгосударственной торговлей ими. На юге Австралии в 2013 г. зарегистрирована вспышка сальмонеллёза (охватившая свыше 60 человек) в результате употребления в пищу пирожных с заварным кремом.

Таким образом, в условиях бурного развития туризма и деловых связей между гражданами разных стран, увеличения торговли продуктами питания на внутригосударственном и международном рынках отмечается рост рисков эпидемиологического характера, обостряющих проблему острых кишечных инфекций. К таковым следует отнести высокую вероятность заноса (с сырьём, с пищевыми продуктами, с источником инфекции - человеком) антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов; возбудителей инфекций с нетипичными для данной территории патогенными свойствами или экзотических вирусов, бактерий, простейших и гельминтов, представляющих трудности для лабораторной и клинической диагностики. [4]



Схема 1 - Виды кишечных инфекций

.2 Дизентерия, возбудители дизентерии, патогенез и клиническая картина

Дизентерия- инфекционная болезнь человека, вызываемая бактериями рода шигелл, протекающая с преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки, клинически характеризуется интоксикацией, болевым, спастическим и колитическим синдромами.

Возбудитель бактерии рода Shigella. На сегодня различают четыре основных типа и множество подвидов. Особенно распространены два типа: шигеллы Зонне и шигеллы Флекснера. Они прекрасно размножаются в теплой воде и довольно долго могут прожить вне организма человека. Возбудители шигеллеза живут в сухой почве две недели, а во влажной - до сорока дней.

Патогенез. На жаре размножение бактерий происходит в разы быстрее. Через час-два неубранное в холод молоко гарантированно будет иметь опасное для здоровья количество дизентерийных палочек.

Шигеллез нередко называют «болезнью грязных рук». Если больной человек не помыл руки после посещения туалета, а потом пользовался общими предметами обихода - первый шаг к распространению заболевания сделан. Легко заболеть, купаясь или употребляя в пищу зараженную воду. Еще один источник распространения дизентерии - мухи и тараканы.

Клиническая картина. Инкубационный период при дизентерии продолжается 2-7 дней, однако в отдельных случаях он может укорачиваться до 12-24 часов.

Клинические проявления зависят от вида возбудителя, реактивных свойств организма заболевшего, его преморбидного состояния:

в большинстве случаев заболевание начинается остро и даже внезапно.

для типичной (колитической) формы дизентерии характерен симптомокомплекс, который складывается из проявлений общей интоксикации и признаков поражения толстого кишечника.

обычно появляется озноб сопровождаемый повышением температуры тела до 38-40°С, чувство ломоты в спине, суставах;

присоединяются боли в животе, частый стул, имеющий вначале каловый характер. Через несколько часов в испражнениях появляется слизь, а затем прожилки крови. Объём каловых масс по мере учащения стула резко уменьшается и испражнения приобретают типичный дизентерийный характер - небольшое количество каловых масс, слизь и прожилки крови (ректальный плевок).

боли в животе носят схваткообразный режущий характер, усиливаются перед актом дефекации и локализируются в низу живота, больше слева.

с уменьшением количества каловых масс появляются частые позывы на низ, болезненные спастические сокращения мышц прямой кишки, называемые тенезмами.

Число испражнений тем больше, чем тяжелее протекает заболевание; иногда оно доходит до 20-40 и более в сутки (стул без счета).

.2.1 Лабораторная диагностика дизентерии

Лабораторная диагностика шигеллеза осуществляется микробиологическим методом: посевом испражнений от больного на специальные питательные среды, с последующим выделением чистой культуры шигелл, определением антигенной принадлежности и чувствительности к антибиотикам. Медсестра должна знать как берется материал на дизгруппу, как оформляется направление в баклабораторию. Материал берется утром. Больного просят лечь на бок с притянутыми к животу бедрами и ладонями развести ягодицы. Зонд-тампон вводят в задний проход на глубину 4-5 см и, аккуратно вращая его вокруг оси, собирают материал с крипт ануса, затем осторожно извлекают зонд-тампон и погружают его в транспортную среду.

.2.2 Лечение дизентерии

Лечение шигеллеза осуществляется чаще антибиотиками с учетом данных о чувствительности выделенного возбудителя к используемым препаратам. Используются также эубиотики (бифидумбактерин, бификол, лактобактерин). Назначаются иммуномодуляторы и ферменты, энтеросорбенты и вяжущие вещества. Для восполнения потери жидкости назначается обильное питье и инъекции солевых растворов.

При хорошей сопротивляемости организма выздоровление наступает через 2-3 недели. Но некоторые симптомы (рвота, нестабильный стул) могут продолжаться до трех месяцев [5].

Уход за больными дизентерией заключается в тщательном выполнении больными и персоналом правил личной гигиены и проведением текущей дезинфекции. Больные должны мыть руки перед каждым приемом пищи, после посещения туалета. Палаты следует хорошо и часто проветривать, но температура в них должна быть не ниже 19-20 °С, вследствие нарушения у больных дизентерией теплорегуляции.Белье меняется по мере необходимости; нельзя допускать, чтобы на больном было белье, загрязненное испражнениями. Очень важно содержать больного в чистоте.

.3 Сальмонеллез, возбудители, патогенез и клиническая картина

Сальмонеллез - острая инфекционная болезнь, протекающая преимущественно как острая кишечная инфекция по типу гастроэнтерита, реже - в виде генерализованных (септических) форм.

Возбудитель: группа бактерий - рода Salmonella, которые в основном имеют широкое распространение в организме животных, в том числе и домашних, и соответственно попадают в организм человека с пищей или с грязными руками.

Патогенез: Сальмонелла, попавшая в желудочно-кишечный тракт, проникает в слизистую оболочку тонкого кишечника, вызывая развитие воспалительной реакции. Фактором патогенности ее являются эндотоксины и энтеротоксины, вызывающие диарею. человека сальмонеллезом.

Заражение происходит не только через пищу, но через руки. Поэтому, даже при хорошей обработке продуктов человек, например, домохозяйка, приготовившая мясо, также оказывается в зоне риска.

Клиническая картина: У болезни есть небольшой инкубационный период, который может длиться несколько дней. Но чаще всего первые признаки заболевания начинают проявляться уже через несколько часов.

Что касается клинической картины заболевания, то она достаточно яркая и включает в себя массу разнообразных симптомов. Болезнь может протекать и вовсе бессимптомно, в этом случае человек всего лишь является носителем бактерий, которые чаще всего можно обнаружить при анализе стула.

Наиболее распространенной является гастроэнтерологическая форма заболевания. При этой форме у человека появляется огромное количество симптомов, которые поначалу походят на острое отравление. К ним относятся следующие симптомы:

Начало острое, интоксикация выраженная.

Беспокоит слабость, головная боль, разбитость.

Температура тела повышается до 38-39°С.

Отмечается повторная, обильная, иногда неукротимая рвота.

Стул жидкий, каловый в большом количестве, зловонный, коричневатого, темно-зеленого (болотная тина) или желтого цвета, до 10 раз в сутки с примесью слизи (иногда без патологических примесей).

Живот умеренно вздут, урчит.

При пальпации болезненный в эпигастрии, вокруг пупка и в илеоцекальной области (сальмонеллезный треугольник).

.3.1 Лабораторная диагностика сальмонеллеза

Для бактериологического исследования используется нативный материал (испражнения, при генерализованных формах кровь). На втором месте - серологический метод диагностики, преимущественно РНГА, положительный результат которого может быть получен на 5 день заболевания, когда в организме накапливаются специфические антитела. Для решения вопроса о выраженности воспалительного процесса и наличия патологических примесей (слизи и крови) назначается копрограмма.

.3.2 Лечение сальмонеллеза

После помещения больного в стационар, ему назначается курс препаратов, который включает в себя: антибиотики, как основное средство в борьбе с инфекциями; противовоспалительные средства, поскольку, как уже было сказано выше, могут возникать воспаления внутренних органов; препараты для детоксикации организма, лекарственные средства для поддержания работы сердца, поскольку бактерии оказывают неблагоприятное воздействие и на его работу.

Также при сальмонеллезе назначается особый режим питания. Обычно это щадящая диета, которая назначается для налаживания работы желудочно-кишечного тракта. [6]

.4 Ботулизм, возбудитель ботулизма, патогенез и клиническая картина

Ботулизм - острое инфекционное заболевание, возникающее в результате употребления продуктов, содержащих токсин, вырабатываемый бактериями ботулизма, и характеризующееся параличом мускулатуры.

Возбудитель: бактерия из рода клостридий, Clostridiumbotueinum. Существует в двух формах - вегетативной и споровой. Вегетативные формы существуют только в условиях отсутствия кислорода. Они размножаются и выделяют сильнейший природный экзотоксин (яд) - смертельная доза которого для человека составляет около 0,3 микрограмм.

Патогенез: В анаэробных или близких к ним условиях возбудители ботулизма продуцируют специфический летальный нейротоксин, являющийся единственным, исключительным по силе, фактором патогенности. Ботулинические токсины белковой природы в обычных условиях внешней среды сохраняются до года в консервированных продуктах - годами. Они устойчивы в кислой среде, не инактивируются ферментами пищеварительного тракта. Токсические свойства ботулотоксина Е под влиянием трипсина могут усиливаться в сотни раз. Ботулинические токсины выдерживают высокие концентрации (до 18%) поваренной соли, не разрушаются в продуктах, содержащих различные специи.

Токсины сравнительно быстро инактивируются под влиянием щелочей, при кипячении полностью теряют свои токсические свойства в течение 20-30 минут, а под воздействием небольших концентраций марганцовокислого калия, хлора или йода - в течение 15-20 мин.

Присутствие ботулотоксина в пищевых продуктах не изменяет их органолептических свойств.

Клиническая картина: Инкубационный период при ботулизме продолжается до суток, реже до 2-3 дней.

примерно у каждого второго больного первыми проявлениями ботулизма могут быть кратковременные симптомы острого гастроэнтерита и общей интоксикации;

больные в таких случаях вначале жалуются на острые боли в животе, преимущественно в эпигастральной области, после чего появляются повторная рвота и жидкий, без патологических примесей стул, не более 10 раз в сутки, чаще 3-5 раз;

иногда на этом фоне появляются головная боль, недомогание;

отмечается повышение температуры тела до субфебрильных цифр;

наиболее типичными ранними признаками ботулизма являются проявления офталъмоплегического синдрома: нарушение остроты зрения, «туман в глазах», «сетка перед глазами», больные плохо различают близлежащие предметы, не могут читать сначала обычный шрифт, а затем и крупный;

развивается птоз различной степени выраженности (одно или чаще двухсторонний);

развивается дисфонический синдром (афонический): изменяются высота и тембр голоса, иногда отмечается гнусавость. При прогрессировании болезни голос становится сиплым, охриплость может перейти в афонию;

одним из первых возникает дисфагический синдром, вплоть до афагии: появляется ощущение инородного тела в глотке («непроглоченная таблетка»), поперхивание, затруднение глотания вначале твердой, а затем и жидкой пищи, воды;

постепенно нарастает мышечная слабость - синдром тотальной миоплегии. Вначале она наиболее выражена в затылочных мышцах, вследствие чего у таких пациентов голова может свисать и они вынуждены поддерживать ее руками;

больные вялые, адинамичные.



Рисунок 1 - Лицо заболевшего ботулизмом (птоз век)

.4.1 Лабораторная диагностика ботулизма

Специфическая диагностика основана на выявлении возбудителя или его токсина. Достоверный признак: рост возбудителя на средах Китта-Тароцци и Гиблера, обнаружение и идентификация токсина. Возбудитель может быть обнаружен в сыворотке крови, промывных водах, остатках пищевых продуктов, кале. При этом используется биологическая проба на лабораторных мышах: несколько мышек заражаются внутрибрюшинно материалом, в котором предполагается токсин в смеси с противоботулинестической сывороткой, а другая группа мышей - только материалом (без антисыворотки). Гибель второй группы животных подтверждает диагноз ботулизма.

Бактериологическое выделение возбудителя ботулизма и серологическая диагностика имеют чаще ретроспективное значение.

кишечная инфекция диагностический реабилитационный

1.4.2 Лечение ботулизма

.Механическое удаление ботулотоксина с помощью промывания желудка и сифонной клизмы.

.Введения антитоксической противоботулинистической сыворотки для нейтрализации ботулотоксина. Сыворотка вводится строго по инструкции приложенной к данному иммунному препарату, т.е.после проведенной пробы на чувствительность больного к антисыворотке.

.С целью неспецифической дезинтоксикации назначают внутрь энтеросорбенты (полифепан, энтеродез, и др.), осуществляют инфузионно- дезинтоксикационную терапию. Для этого ежедневно внутривенно вводят по 400 мл гемодеза (не более четырех суток), лактасоль, растворы глюкозы с одновременной стимуляцией диуреза (фуросемид, лазикс по 20-40 мг).

.Всем больным для подавления жизнедеятельности возбудителей ботулизма в желудочно-кишечном тракте и возможного образования токсина назначают левомицетин. [7]

Сестринский процесс при кишечных инфекциях

это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей. В остром периоде кишечной инфекции основные мероприятия направлены на улучшение общего физического состояния больного, профилактику состояний, связанных с обезвоживанием. [8]

Взятие материала для лабораторных исследований: рвотных масс, промывных вод желудка, нативных испражнений и ректальных мазков

Все образцы должны иметь четкую маркировку, обеспечивающую их безошибочную идентификацию. К каждому образцу прикладывается направление. В направлении на исследование должны быть отображены следующие данные:

· дата и время назначения исследования;

· дата и время взятия биологического материала;

· Ф.И.О. пациента;

· отделение, номер амбулаторной карты/истории болезни, номер палаты;

· возраст, пол;

· диагноз;

· Ф.И.О. лечащего врача;

· перечень необходимых исследований;

· подпись специалиста, проводившего забор клинического материала. [9]

Взятие рвотных масс и промывных вод желудка

Показания к проведению исследования: подозрение на пищевые отравления, холеру, сальмонеллез

Необходимое оснащение: стерильная широкогорлая посуда,которая герметично закрывается и помещается в контейнер для транспортировки.

Взятие исследуемого материала:

• рвотные массы отбирают в количестве 50-100 мл (если это не получается, в меньшем количестве), промывные воды - в объеме 100 - 200 мл;

• материал должен быть доставлен в лабораторию возможно быстро;

• после рвоты больному дают прополоскать рот теплой водой, а тяжелым или ослабленным больным очищают полость рта ватным тампоном, смоченным водой или слабым раствором гидрокарбоната натрия, перманганата калия. [10]

Нативные испражнения

Показания к проведению исследования: острые и хронические кишечные инфекции любой этиологии, дисбактериоз.

Необходимое оснащение:

.Чистая бумага или целлофановая пленка.

.Стерильный контейнер с ложкой-шпателем или, в его отсутствие, любой стерильный контейнер плюс стерильная бактериологическая петля, лопаточка, шпатель или аналогичное изделие.

.Стерильная пластиковая пастеровская пипетка с замкнутым резервуаром или, в ее отсутствие, стеклянная трубочка с грушей (если стул жидкий).

.Судно.

Взятие исследуемого материала:

. Судно должно быть тщательно вымыто, для удаления следов дезинфектантов;

. На дно судна помешают лист чистой плотной бумаги; использовать для этой цели туалетную бумагу не рекомендуется;

. Больному предлагают испражниться, предварительно предупредив о нежелательности попадания в испражнения мочи;

. Пробу испражнений отбирают сразу после дефекации с помощью ложки-шпателя, вмонтированного в крышку стерильного контейнера; в отсутствие контейнера со шпателем для отбора материала используют стерильную петлю, стерильный деревянный шпатель и т.п.; при наличии патологических примесей необходимо выбрать участки, содержащие слизь, гной, хлопья, но свободные от крови; образцы жидких испражнений отбирают с помощью стерильной пластиковой пастеровской пипетки с замкнутым резервуаром или, в ее отсутствие, с помощью стеклянной трубки с резиновой грушей;

. Материал помещают: в пустой стерильный контейнер и доставляют в лабораторию в течение 2 часов; объем забираемого материала в этом случае должен быть не менее 2 г; оптимальным является взятие материала:

) в случае оформленного стула - в объеме грецкого ореха;

) в случае жидкого стула его слой в посуде должен быть не менее 1,5-2 см

) объем материала в консерванте (транспортная система со средой) не должен превышать 1/3 объема среды; испражнения должны быть тщательно гомогенизированы в среде с помощью стерильной петли, стеклянной палочки или т.п.; время хранения образцов до начала исследования может составлять до 1 суток в холодильнике. [11]

Ректальные мазки

Применяются при исследованиях на кишечные инфекции, обусловленные энтероинвазивными бактериями (шигеллы, ЭИКП).

Необходимое оснащение:

Хлопковые или вискозные зонды-тампоны на деревянной или пластиковой оси в составе транспортной системы со средой Кери Блейр или другой, в зависимости от целей исследования. Важно отметить, что попадание транспортных сред на слизистую прямой кишки недопустимо! Поэтому ректальный тампон должен погружаться в транспортную среду только после взятия материала;

Взятие исследуемого материала:

• Взятие материала из прямой кишки с помощью зондов-тампонов осуществляется средним медицинским персоналом;

• Больного просят лечь на бок с притянутыми к животу бедрам и и ладонями развести ягодицы;

• Зонд-тампон вводят в задний проход на глубину 4-5 см и, аккуратно вращая его вокруг оси, собирают материал с крипт ануса;

• Осторожно извлекают зонд-тампон и погружают его в транспортную среду; транспортировка тампона без среды не допускается. [12]

.4.3 Промывание желудка и кишечника

Эта процедура является обязательным компонентом лечения пищевых токсикоинфекций. Промывание желудка проводится в любое время от начала заболевания, вследствие способности возбудителей инфекции длительное время сохраняться в клетках слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

Выполнение:

Встать справа от пациента и предложить ему открыть рот

Смочить слепой конец зонда водой

Взять зонд в правую руку на расстоянии 10 см. от слепого конца, положить его конец на корень языка

Осторожно ввести зонд в желудок до необходимой метки

Опустить воронку до уровня, чтобы содержимое желудка вылилось

Наливая воду в воронку, заполнить её водой на краю воронки.

Поднять медленно воронку вверх, чтобы вода достигла устья воронки

Опустить воронку до определенного уровня и сливать содержимое желудка в таз

Извлечь осторожно зонд из желудка пациента через полотенце

Поместить зонд с воронкой в емкость с дезинфицирующим раствором или кастрюлю для кипячения

Дать пациенту прополоскать рот, обтереть салфеткой вокруг рта

Обеспечить пациенту физический и психический покой

Отправить промывные воды из первой порции (около 200 мл) на исследование в бактериологическую лабораторию

Провести дезинфекцию промывных вод в емкости

Обработать изделия медицинского назначения, предметы ухода, перчатки в емкости с дезраствором, сменить спецодежду. [13]

Промывание кишечника

Данный метод используется для выведения из организма различных токсичных продуктов, так же при задержке стула. Если гипертоническая клизма не вызывает опорожнения кишечника, осуществляется постановка масляной клизмы (100 мл растительного масла или вазелина).

Гипертоническая клизма

Техника проведения:

Сменить халат, надеть фартук и перчатки

На кровать, по возможности, постелить клеенку и пеленку

По возможности, положить больного на левый бок с приведенными к животу коленями

Налить в стакан 100-200 мл подогретого на водяной бане гипертонического раствора

Набрать 100-200 мл гипертонического раствора в шприц Жане и положить его в лоток

Взять в правую руку стерильной салфеткой стерильную газоотводную трубку и смазать ее вазелином

Левой рукой раздвинуть ягодицы пациента

Правой рукой осторожно ввести газоотводную трубку в его прямую кишку на 10 см: сначала на 3 - 4 см по направлению к пупку, затем параллельно копчику

Присоединить шприц Жане к наружному концу трубки и медленно ввести раствор

Левой рукой с помощью корнцанга перекрыть трубку и отсоединить шприц, положить его в лоток для использованных инструментов

Больному необходимо полежать 20 - 30 минут

Подать пациенту судно

Продезинфицировать использованные предметы

Масляная клизма

Техника поведения:

Подогреть масло на водяной бане до 38°С.

Набрать в грушевидный баллончик 100 (200) мл теплого масла.

Смазать вазелиновым маслом газоотводную трубку.

Положить баллончик и трубку в лоток.

Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу. (По возможности)

Раздвинуть ягодицы больного и ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см. (при невозможности уложить пациента на левый бок, клизму поставить в положении лежа на спине).

Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллончик.

Медленно ввести набранный раствор.

Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.

Заполнить грушевидный баллончик воздухом.

Присоединить к газоотводной трубке и медленно ввести воздух.

Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллончик от газоотводной трубки.

Извлечь газоотводную трубку.

Помочь пациенту занять удобное положение в постели; предупредить, что эффект наступит через 10-12 часов.

При необходимости удобно использовать памперсы [14].

.4.4 Лечебные манипуляции: инфузионная терапия

Техника внутримышечных инъекций:

Проверить срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскрыть упаковку, собрать шприц и положить его в стерильный лоток.

Проверить срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверить с листом назначения.

Взять стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом, обработать и вскрыть ампулу.

Набрать в шприц нужное количество препарата, выпустить воздух и положить шприц в стерильный лоток.

Надеть перчатки и обработать их шариком в 70% спирте, затем шарик сбросить в лоток для использованного материала.

Выложить стерильным пинцетом 3 ватных шарика, одним обработать инъекционное поле, другим непосредственно место прокола.

Шарики сбросить в лоток для использованного материала.

Ввести иглу в мышцу под углом 90 градусов, оставив 2-3 мм иглы над кожей.

Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное вещество.

К месту инъекции прижать стерильный шарик и быстро вывести иглу.

Уточнить у пациента его самочувствие [15]



Рисунок 2 - Техника выполнения внутримышечных инъекций

Техника проведения внутривенной инфузионной терапии:

Уложить пациента. Выбрать место предполагаемой инъекции;

Под локтевой сгиб подложить валик;

Выше локтевого сгиба, на среднюю треть плеча, но не на голое тело, наложить венозный жгут. Жгут накладывается в направлении снизу вверх;

Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, тем временем пальпировать наиболее наполненную вену. Попросить пациента сжать кулак и не разжимать до Вашего разрешения;

Обработать место инъекции ватными шариками, смоченными спиртом:

а) первым - большую зону инъекционного поля

б) вторым -непосредственно место инъекции;

Взять иглу капельной системы в правую руку, снять колпачок, фиксируя канюлю иглы указательным пальцем.

Четыре пальца левой руки подвести под заднюю поверхность руки пациента, а большой палец левой руки - на переднюю поверхность ниже предполагаемого места пункции, слегка натянуть кожу на себя, тем самым, фиксируя вену;

Пунктировать вену (проколоть кожу, войти в вену) под углом 150 срезом иглы вверх до ощущения «пустоты», продвигая иглу на 1- 1,5 см. В систему поступает кровь - игла в просвете вены!;

Ослабить жгут левой рукой, попросить пациента разжать кулак;

Фиксировать иглу лейкопластырем;

Отрегулировать зажимом скорость поступления раствора в капельницу, согласно назначению врача;

Следить за положением иглы в вене и состоянием пациента (при вздутии в области введения лекарственного вещества необходимо прекратить введение и поменять место инъекции). [16]

.4.5 Уход за больным кишечной инфекцией

Особенности ухода за больными с кишечными инфекциями заключаются в том, что нужно не только выполнять назначения врача, но и следует уделять большое внимание санитарно-гигиеническим вопросам и дезинфекции.

В домашних условиях нужно научить больных и их родственников доступным методам текущей дезинфекции.

Необходимо следить за характером стула у больного и результаты осмотра испражнений докладывать лечащему врачу.

Недопустимо, чтобы больной находился в белье, испачканном фекалиями. Очень важно следить за поддержанием чистоты кожи промежности и после каждой дефекации обмывать задний проход водой с мылом. Особенно важен уход за детьми и пожилыми больными [17].

1.4.6 Помощь при гипертермическом синдроме, диарее, рвоте, метеоризме

Гипертермический синдром- синдром повышенной температуры тела.

Помощь при лихорадке зависит от стадии гипертермии: подъема, высокой температуры и спада ее.

При ознобе помощь заключается в согревании больного, теплом питье, теплой грелке к ногам.

На стадии высокой температуры следует дать прохладное питье, раскрыть и обтереть кожу мокрым полотенцем, положить холодную повязку на лоб, на шею, подвесить пузырь со льдом над головой.

На стадии снижения температуры следует сменить вовремя нательное и постельное белье, дать витаминизированное питье, укрыть больного. Больному необходимо обеспечить покой, постельный режим на весь период лихорадки.

Необходима регидратация, так как в период лихорадки организмом теряется больше жидкости, чем обычно. Кроме того, введение жидкости необходимо для дезинтоксикации организма, восстановления микроциркуляции. Медицинская сестра должна обеспечить больному обильное питьё (слегка охлажденный, некрепкий чай, соки, отвары При высокой лихорадке для борьбы с гипертермией применяют и медикаментозные методы снижения температуры тела, когда температура тела больного, выше 38,5°С (исходно здоровые люди). К медикаментозным средствам относятся: жаропонижающие средства (парацетамол, аспирин. [18]

Помощь при диарее и рвоте

Диарея -патологическое состояние, при котором у больного наблюдается учащённая дефекация, при этом стул становится водянистым.

Рвота - рефлекторное извержение содержимого желудка (иногда двенадцатиперстной кишки) через рот (редко и через нос).

Для предупреждения обезвоживания необходима регидратация.

При диарее врач назначает:

Если нет рвоты - раствор регидрона;

Энтеросорбент - смекта;

Лоперамид.

При рвоте:

Спазмолитики - но-шпа;

М-холиноблокаторы - атропин;

Препараты, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта - метоклопрамид.

Медицинская сестра осуществляет контроль за приемом пациентом лекарственных средств, в/м и в/в введение медицинских препаратов. [19]

Помощь при метеоризме

Метеоризм- избыточное газообразование в кишечнике

Больным, жалующимся на метеоризм, показана диета, которая заключается в отказе или меньшем употреблении продуктов, вызывающих газообразование. К таким продуктам относятся:

продукты, в состав которых входит лактоза (хлеб, крупы);

молоко, молочные продукты (сыр, мороженое);

напитки (безалкогольные, фруктовые, газированные);

отруби, пшеница, цельно зерновые продукты;

персики, яблоки, груши;

разные виды капусты (брюссельская капуста, белокочанная капуста, брокколи), артишоки, лук, бобы.

Пациентам с метеоризмом рекомендуется пить большое количество воды и бульона, не употреблять газированные напитки, пиво и содовую воду, так как последняя только усиливает процессы брожения в кишечнике. При употреблении еды следует медленно и тщательно пережёвывать все кусочки пищи, что позволяет уменьшить количество воздуха, заглатываемого в процессе приёма пищи. Требуется отказаться от курения, твёрдых сладостей, жевательных резинок, ограничить количество употребляемого жареного мяса и сладких фруктов. Рекомендуется добавлять в рацион морковь, свеклу, гречневую кашу. Показаны продукты, богатые белком, к примеру, яичный белок, куриная грудка, нежирные сорта говядины.

Медицинская сестра проводит беседу с пациентом и его родственниками по поводу диеты: объясняет цель данной диеты, рассказывает о показаниях и ограничениях, производит контроль за соблюдением. [20]

.4.7 Подготовка больных к диагностическим исследованиям: толстого кишечника, зондовым исследованиям желудка

Подготовка при исследовании толстого кишечника

. Трехкомпонентный способ подготовки кишечника, который включает в себя бесшлаковую диету, использование слабительных и очистительных клизм. Больного начинают готовить за 2-3 суток перед исследованием или операцией с бесшлаковой диеты. За сутки до исследований или операции назначаются слабительные. Утром и вечером накануне исследования применяют очистительную клизму. Недостатками этой методики является длительность подготовки (2-3 суток. Использование клизм в структуре метода, за счет механического раздражения, ограничивает его применение у пациентов с патологией анального канала и прианальной области. Использование слабительных может привести к нарушению электролитного баланса, а бесшлаковая диета - к ослаблению организма больного, что может негативно сказаться на течении послеоперационного периода.

. Ортоградный способ подготовки кишечника состоит в следующем: питание больного неограниченно до последнего дня перед исследованием или операцией. Пациент самостоятельно принимает препарат класса макроголов (Фортранс) в объеме 2-4 литра. Дополнительные клизмы не назначаются.Недостатками данного способа являются:за счет раздражающего действия слабительных препаратов происходит раздражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, что является причиной для противопоказания к назначению макроголов пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в активной фазе. Дискомфорт больных от употребления большого количества жидкости и частых актов дефекации, вызывает неудобства у больных с патологией анального канала и наличием стриктур в любом отделе желудочно-кишечного тракта. [21]

Подготовка к зондовому исследованиюжелудка

. Психологически подготовьте пациента.

. Предупредите пациента, чтобы он накануне в 18 час легко поужинал, на исследование явился утром натощак с полотенцем, которое подкладывают пациенту под голову, а затем используют для протирания лица, а также гастроскоп в момент его удаления.

. В случае необходимости по назначению врача проведите пациенту премедикацию: подкожно ввести 0,5 мл 0,1% раствора атропина сульфата, внутримышечно - 2 мл 50% раствора анальгина. Целесообразность предварительного введения обезболивающих средств, способ и дозы врач решает индивидуально.

. Предложите пациенту вынуть съемные протезы, когда они есть, расстегнуть тесную одежду.

. Совершите анестезию слизистой оболочки ротовой части глотки 2% раствором тримекаина (лидокаина, дикаина) путем орошения.

. Предложите пациенту лечь на гастроскопический стол на левый бок с вытянутой левой ногой, а правую ногу согнуть в коленном и тазобедренном суставе.

. Под голову пациенту подстелите полотенце и подложите валик.

. Предложите пациенту зафиксировать руки таким образом, чтобы они не мешали врачу проводить исследования. Пациент должен спокойно лежать, равномерно дышать, не глотать слюну и не разговаривать во время исследования. [22]

1.5 Реабилитационный процесс при кишечных инфекциях

Под реабилитацией инфекционного больного понимается комплекс медицинских и социальных мероприятий, направленных на более быстрое восстановление здоровья и нарушенной болезнью работоспособности.

Реабилитация направлена, прежде всего на поддержание жизнедеятельности организма и приспособление его к условиям после болезни, а затем - к труду, обществу.

В итоге медицинской реабилитации человек, перенесший инфекционное заболевание, должен полностью восстановить как здоровье, так и работоспособность.

Реабилитация начинается часто еще во время пребывания инфекционного больного в стационаре. Продолжение реабилитации, как правило, происходит дома после выписки из стационара, когда человек еще не работает, имея на руках «больничный лист» (листок нетрудоспособности). К сожалению, у нас еще редко создаются центры и санатории по реабилитации инфекционных больных.

Среди лечебно восстановительных мероприятий необходимо выделить следующие: режим, питание, лечебная физкультура, физиотерапия, проведение бесед с переболевшими, фармакологические средства.

Режим является основным для осуществления лечебно-восстановительных мероприятий.

Тренировка основных систем организма должна привести к реализации основной цели - возвращение к труду. С помощью режима создаются условия для лечения и отдыха.

Диета назначается с учетом тяжести и клинических проявлений инфекционного заболевания, учитывается преимущественное поражение органов: печень (вирусные гепатиты), почки (геморрагическая лихорадка, лептоспироз) и т.п. Конкретно диета рекомендуется врачом перед выпиской из стационара. Всем больным назначаются поливитамины в дозе, в 2-3 раза превышающей суточную потребность.

Лечебная физкультура способствует быстрейшему восстановлению физической работоспособности переболевшего. Простейшим объективным показателем соответствующей физической нагрузки является восстановление частоты сердечных сокращений (пульс) через 3-5 мин после физической нагрузки.

Физиотерапия проводится по назначению врача по показаниям: массаж, УВЧ, соллюкс, диатермия и др.

Целесообразно проведение бесед с выздоравливающими: о вреде алкоголя после перенесенного вирусного гепатита, о необходимости избегать переохлаждения после перенесенной рожи и т.п. Такие воспитательные беседы (напоминания) на медицинские темы могут проводиться и дома родственниками больного.

Фармакологическая терапия препаратами, которые способствуют восстановлению функций и работоспособности, переболевшим инфекционными заболеваниями, существует и назначается врачом перед выпиской больных из стационара.

Основными этапами медицинской реабилитации инфекционных больных являются: 1.Инфекционные стационары. 2.Реабилитационный центр или санаторий. 3.Поликлиника по месту жительства - кабинет инфекционных заболеваний (КИЗ).

Первый этап - острый период болезни; второй этап - период выздоровления (после выписки); третий этап - в КИЗе, где решаются в основном вопросы медико-социальной экспертизы (бывший ВТЭК), связанные с трудоустройством.

В КИЗе осуществляется также диспансерное (активное динамическое) наблюдение за выздоравливающими после инфекционных болезней в соответствии с приказами и руководящими документами Минздрава (Пр. N 408 от 1989 г. и др.) Большинство переболевших инфекционными заболеваниями берутся на учет в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ), где их наблюдает врач-инфекционист. [23]

Таблица 1

Продолжительность и характер диспансерного наблюдения за переболевшими инфекционными заболеваниями, хроническими больными и бактерионосителями

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название | Продолжительность наблюдения | Рекомендуемые мероприятия |
| Брюшной тиф, паратифы А и В | 3 мес. Независимо от профессии | Медицинское наблюдение с термометрией еженедельно в первые 2 мес., в последующий месяц - 1 раз в 2 нед; ежемесячное бактериологическое исследование испражнений, мочи и в конце наблюдения - желчи. Реконвалесценты, относящиеся к группе пищевиков, в 1-й месяц наблюдения обследуются бактериологически 5-кратно (с интервалом 1-2 дня), далее 1 раз в месяц. Перед снятием с учета однократно производится бактериологическое исследование желчи, и исследование крови. Назначаются диетотерапия и медикаментозная черйшта по показаниям. Трудоустройство. Режим труда и отдыха. |
| Сальмонеллезы | 3 мес. | Медицинское наблюдение, а у пищевиков и лиц, к ним приравненных, кроме этого, ежемесячное бактериологическое исследование испражнений; при генерализованньк формах однократное бактериологическое исследование желчи перед снятием с учета. Назначаются диетотерапия, ферментные препараты по показаниям, лечение сопутствующих заболеваний. Режим труда и отдыха. |
| Дизентерия острая | Работники пищевых предприятии и лица, к ним приравненные, - 3 мес., недекретированные - 1-2 мес. В зависимости от тяжести заболевания | Медицинское наблюдение, а у пищевиков и лиц, к ним приравненных, кроме этого, ежемесячное бактериологическое исследование испражнений. Назначаются диетотерапия, ферментные препараты по показаниям, лечение сопутствующих заболеваний. Режим труда и отдыха. |
| Холера | 12 мес. Независимо от болезни | Медицинское наблюдение и бактериологическое обследование испражнений в 1-й месяц 1 раз в 10 дней, со 2-го по 6-й месяцы - 1 раз в месяц, в последующем - 1 раз в квартал. Бактериологическое исследование желчи в 1-й месяц. Режим труда и отдыха. |
| Ботулизм | До полного выздоровления | В зависимости от клинических проявлений заболевания наблюдаются или кардиологом, или невропатологом. Обследование специалистами по показаниям 1 раз в 6 мес. Трудоустройство. |

Глава 2. Практическая часть

.1 Заболеваемость кишечными инфекциями по России и Московской области за 2010 - 2012 гг.

В Российской Федерации в 2009 году 42 региона страны были неблагополучными по ОКИ, вызванным неустановленными инфекционными возбудителями,33 - по ОКИ, вызванным установленными бактериальными и вирусными возбудителями, 37 - по сальмонеллезу, 29 - по бактериальной дизентерии.

Стабилизировался на высоких цифрах удельный вес этиологически нерасшифрованных ОКИ и пищевых токсикоинфекций, который в течение последних 7 лет составляет от 62,3% до 68,8%, что особенно важно на фоне многолетней тенденции к росту показателей этой категории нозологии. Такая ситуация свидетельствует о необходимости внедрения современных методик в деятельность лабораторий и повышения уровня заинтересованности лечебно-профилактических учреждений в проведении диагностических исследований. Наиболее плохо поставлен вопрос этиологической расшифровки ОКИ в Дальневосточном (Приморский край, Амурская и Сахалинская области) и Северо-Западном (Ненецкий автономный округ, г. Санкт-Петербург) федеральных округах.

Рост в последние годы показателей заболеваемости ОКИ, вызванных установленными бактериальными и вирусными возбудителями в Российской Федерации, обусловлен в основном ротавирусной инфекцией, уровни заболеваемости которой за период 1999-2009 гг. выросли практически в 7 раз. Удельный вес указанной нозологии в структуре ОКИ увеличился с 1,4% до 7,0%. Наиболее поражаемым контингентом при ротавирусной инфекции являются дети до 14 лет, составляющие около 90% в структуре патологии, причем дети до 1 года составляют 28%, до 6 лет - 66,4%. Эпидемическим сезоном для группы гастроэнтеритов вирусной этиологии на территории нашей страны, как и в странах, расположенных в зонах умеренного климата, является холодный период года.

Территориями с неблагоприятной эпидемической ситуацией по сальмонеллезу в последние годы являются регионы Дальневосточного, Сибирского, Уральского, Приволжского, Северо-Западного федеральных округов. В некоторых субъектах Российской Федерации (Ненецкий автономный округ, Ханты-Мансийский автономный округ, Магаданская область) в 2009 году уровни заболеваемости сальмонеллезами превышали аналогичные цифры в целом по стране более чем в 2 раза. В структуре группы кишечных инфекций сальмонеллез в последние годы (2003-2008 гг.) составляет около 7%. Болеет преимущественно городское население (около 80%), что связано с возрастающей централизацией и интенсификацией производства продуктов питания, расширением производства различных полуфабрикатов и готовых блюд, реализуемых через торговую сеть, развитием сети общественного питания и т.д.

Уровни заболеваемости бактериальной дизентерией в последние годы достигли наиболее низких цифр за весь период наблюдения: со 147,7 на 100 тысяч населения в 1999 году до 12,38 - в 2009 году. Вместе с тем в структуре наиболее значимых эпидемических очагов ежегодный удельный вес шигеллезов составляет порядка 9%, при этом именно с этими возбудителями связаны массовые очаги, распространение инфекции в которых происходило через продукцию молокоперерабатывающих производств. В начале 2010 года в Республике Саха (Якутия) была зарегистрирована крупная вспышка дизентерии, связанная с одним из молочных предприятий региона. В 2009 году наиболее неблагополучными по заболеваемости бактериальной дизентерией были Южный (Республика Дагестан, Астраханская и Волгоградская области, Республика Северная Осетия), Сибирский (республики Тыва и Хакасия, Кемеровская область) и Дальневосточный (Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область и Амурская область) федеральные округа.

Острые кишечные инфекции остаются наиболее значимой группой болезней, ответственной за формирование эпидемических очагов. Ежегодно по форме отраслевого статистического наблюдения регистрируется около 500 вспышек ОКИ, составляя от 27,6% до 76,5% среди всех зарегистрированных очагов.

В этиологической структуре наиболее значимых (средних и крупных) очагов в 2009 году острые кишечные инфекции суммарно составили 52% и были представлены сальмонеллезами, ротавирусной инфекций, бактериальной дизентерией (Зонне и Флекснера), эшерихиозами, пищевыми токсикоинфекциями энтеробактериальной и стафилококковой природы.

Причинами возникновения вспышек пищевого характера, как правило, являлись грубейшие нарушения технологического процесса на предприятиях, занятых в сфере производства и оборота пищевых продуктов, а также на пищеблоках при приготовлении блюд, в том числе:

несоблюдение сроков хранения и транспортировки скоропортящихся продуктов питания;

несоблюдение требований к санитарному содержанию помещений, мытью и обработке оборудования, инвентаря и посуды;

невыполнение сотрудниками пищевых предприятий и пищеблоков требований по обработке продуктов и соблюдению правил личной гигиены.

Не уменьшается значение водного пути передачи инфекций с реализацией фекально-орального механизма. Несмотря на снижение в многолетней динамике заболеваемости, при формировании вспышечной заболеваемости сохраняет свою значимость вирусный гепатит А.

Эпидемические очаги 2009 года с водным путем передачи инфекции были связаны с неудовлетворительным состоянием коммунальных систем, несоблюдением питьевого режима при использовании воды децентрализованных источников, а также правил водоподготовки перед подачей воды населению.

С начала 2010 года в Российской Федерации наблюдается ухудшение эпидемиологической ситуации по острым кишечным инфекциям. За январь-февраль 2010 года, по оперативным данным, зарегистрировано 26 эпидемических очагов, из которых 23 (88,5%) представлены острыми кишечными инфекциями.

Снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями, к которым относятся бактериальная дизентерия (шигеллез), энтериты, колиты, гастроэнтериты инфекционного происхождения, пищевые токсикоинфекции установленной и неустановленной этиологии (за исключением ботулизма), является долговременной тенденцией - по сравнению с серединой 1970-х годов ее уровень снизился примерно втрое. Но эта тенденция также нарушалась как в 1990-е годы, так и в последние годы, хотя в 2002-2006 годах отмечалась тенденция стабилизации показателя на уровне около 440 случаев заболеваний в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения против 1290 в 1975 году. После очередного периода снижения - до 424 случаев заболеваний на 100 тысяч населения в 2004 году - уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями вновь стал повышаться, составив в 2010 году 569 на 100 тысяч населения. В 2011 году было зарегистрировано 725,4 тысячи заболеваний острыми кишечными инфекциями, что на 10,8% меньше, чем в 2010 году (813 тысячи), заболеваемость снизилась до 507 на 100 тысяч человек. В 2012 году заболеваемость острыми кишечными инфекциями вновь увеличилась - зарегистрировано 756,3 тысячи случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом (на 4,3% больше, чем в 2011 году), или 528 в расчете на 100 тысяч человек (на 4,1% больше).

Распространенность кишечных инфекций - один из важнейших индикаторов социального и санитарного благополучия. И если в целом по России рост заболеваемости кишечными инфекциями относительно невелик, то между регионами-субъектами федерации сохраняется значительная дифференциация.

По данным за январь-сентябрь 2012 года, заболеваемость острыми кишечными инфекциями была ниже всего в Центральном федеральном округе - 421 зарегистрированных случаев заболевания на 100 тысяч человек, выше всего - 853 - на Дальнем Востоке при среднем значении по России 561 на 100 тысяч человек. По регионам - субъектам федерации заболеваемость различалась в 5 раз, варьируясь от 268 в Республике Ингушетии до 1337 в Сахалинской области. Помимо Сахалинской области, крайне высокой была заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Ненецком (1328) и Ханты-Мансийском автономном округе - Югре (1192), Республике Тыве (1317) и Приморском крае (1025). В центральной половине регионе (между нижним и верхним квартилем упорядоченного по значению показателя ряда регионов) заболеваемость составляла от 432 до 718 при медианном значении 568 на 100 тысяч человек.



Рисунок 3 - Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями по месяцам в 2000-2012 гг.(в тысячах случаев)

Вывод: Как видно, заболеваемость бактериальной дизентерией в последние годы (2006-2012гг) несколько снизилась, общая заболеваемость всеми кишечными инфекциями не изменилась, хотя отмечались вспышки в 2000г и в 2010г. С 2008г. Регистрируется сальмонеллез.



Рисунок 4 - Заболеваемость населения Московской области острыми кишечными инфекциями на 100 000 населения за 2009-2013гг.

Вывод: В Московской области сохраняется неблагополучная эпидемиологическая ситуация по острым кишечным инфекциям.

В 2011 году заболеваемость ОКИ установленной этиологии по сравнению с предыдущим годом выросла на 8,3% (3 678 случая, 54,94 на 100 тыс. населения), заболеваемость ОКИ неустановленной этиологии снизилась на 13,5% (26 274 случая, 392,4 на 100 тыс. населения). На 15 % выросла заболеваемость сальмонеллёзами (2 031 случай, 30,34 на 100 тыс. населения).

В структуре всей группы острых кишечных инфекций, включая сальмонеллёзы, как и в прежние годы, преобладали ОКИ неустановленной этиологии, составившие 81,2%.

Крайне неблагополучными муниципальными образованиями по сальмонеллёзу в 2011 году были: Каширский район (превышение в 2,4 раза - 73,61 на 100 тыс. населения по сравнению с 30,34 по МО), Сергиево-Посадский район (превышение в 2,2 раза - 67,89), г.о. Дубна (превышение в 1,7 раза).

В 2011 году в области зарегистрировано23 эпидемических вспышки, что превышает показатели 2010 г. (19 вспышек).Общее число пострадавших - 404 человека, в том числе 281 ребенок в возрасте до 17 лет (в 2010 году общее число пострадавших 394 человека, в том числе 125 детей до 17 лет).

В этиологической структуре эпидемических очагов преобладали острые кишечные инфекции вирусной этиологии (норовирусы и ротавирусы). Далее, по значимости, следовали сальмонеллёзы - 8,7% (2 очага), острая дизентерия - 4,3% (1 очаг), и другие ОКИ, вызванные установленными условно-патогенными микроорганизмами.

В 61% эпидемических очагов распространение инфекции происходило пищевым путём. Наиболее часто очаги инфекционных болезней регистрировались в детских учреждениях (ДОУ, школы, ЛОУ), а также групповые заболевания (4 вспышки с общим количеством пострадавших 57 человек) в современных отелях ООО «Артурс СПА Отель» - Мытищинского района, ООО «Авантельпесчаный берег» Истринского района и др. [27]



Рисунок 5 - Заболеваемость острыми кишечными инфекциями В г. Орехово-Зуево в 2009-2013гг.

Вывод: В последние годы заболеваемость населения кишечными инфекциями в большинстве городов Московской области возросла в 2 раза. В г.Орехово-Зуево заболеваемость снизилась. Рост кишечных инфекций связанс некачественной обработкой пищи, нарушениями технологий приготовления блюд, их неправильным хранением, несоблюдением правил личной гигиены. Продукты питания и вода, потребляемые человеком, весьма далеки от стерильности. За 2013 год заболеваемость в РФ на 100 000 населения возросла и составила 775,2 %. Самыми распространенными инфекциями оказались: сальмонеллез, дизентерия и ботулизм. Распространенность кишечных инфекций - один из важнейших индикаторов социального и санитарного благополучия.

Заключение

Существенная роль в профилактике кишечных инфекций выполняет медицинская сестра. Она осуществляет наблюдение за состоянием больных, о его изменениях сообщает врачу, при необходимости оказывает экстренную помощь. Больные выделяют возбудителей в окружающую среду, для предупреждения распространения инфекции медсестра, зная особенности течения заболевания, пути распространения инфекции, способы передачи инфекции здоровым людям, организовывает соблюдение санитарно-противоэпидемического режима. Следит за проведением дезинфекции. Своевременной обработкой предметов обихода,ручек сливного бачка, унитаза, пола в туалете. За тем, чтобы обрабатывались: хозяйственный инструментарий (ведро, тряпка, швабра), после выписки больного матрац с его постели обеззараживался в дезинфекционной камере и только после этого применялся снова. Правильно организованный уход, проведение адекватного лечения позволяют больному быстрее вернуть здоровье, даже в самых тяжелых случаях. Чуткое и заботливоеотношение медицинского персонала играет такую же важную роль в облегчении состояния и выздоровлении больного, как и медикаментозное лечение.[24]

Список используемых источников

1. Анохин В.А., В Халлиулина, И.В. Николаева. Инфекционные болезни, оригинальные статьи, практическая медицина. (2013 год) С 49-51

. Инфекционные болезни, оригинальные статьи, практическая медицина. Анохин В.А., С.В Халлиулина, И.В. Николаева (2013 год) С 59-68

. Бимаков В. Д., Микробиология (2009 год) С 113

. Боткин А.Д., Синицына Е.С. Эпидемиология кишечных инфекций http://lekmed.ru/info/literatyra/ostrye-kishechnye-infekcii-y-detei\_2.html (2010год) (12.04.14)

. Благушева Е.К., Миронов М.В. Дизентерия http://www.infectology.ru/nosology/infectious/bacteriosis/disenteria.aspx (2011 год) (12.04.14)

. Верников А.Д., Фокин К.Д. Сальмонеллез http://vse-zabolevaniya.ru/bolezni-infekcionnye/salmonellez.html (2010 год)

. Васина И.Р., Машкова Н.В. Ботулизм «Красота и медицина» (2013 год) С. 36-43 (12.04.14)

. Горошин Н.В Реабилитация после кишечной инфекции http://www.infectology.ru/forall/reabilitac.aspx (2013 год) (13.05.14)

. Гаврилин М.Д., Зорина Г.Л. Сестринский процесс http://sestrinskoe-delo.ru/etapi-sestrinskogo-protsessa/ (2011 год) (16.05.14)

. Гавришев М.Б. Взятие материала на исследование http://oldhobbit.ru/index.php/statii/46-perechen-voprosov-k-ekzamenu-tehnika-provedeniya-bakteriologicheskih-i-virusologicheskih-issledovaniy (2013 год) (16.05.14)

. Домрычев А. П., Попкова Т.В. Взятие рвотных масс и промывных вод http://oldhobbit.ru/index.php/statii/46-perechen-voprosov-k-ekzamenu-tehnika-provedeniya-bakteriologicheskih-i-virusologicheskih-issledovaniy (2013 год) (16.05.14)

. Епихина С.Р., Родюкова А.А. Медицинские лабораторные технологии: Руководство по клинической лаборатории. (2011 год) С. 57-59 (17.05.14)

. Ершова Р. Л. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. Издательство «Медицина» (2009 год) С 76-77

. Зорина Д.Н., Марихин В.Л. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебное пособие. (2009 год) С 40-44

. Иванова Г.В., Позднякова С.П. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебное пособие. (2009 год) С. 56-65

. Новиков В.К., Фролов П.Т. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебное пособие.2009 год) С 70-72

. Новиков В.К, Фролов П.Т. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебное пособие (2009 год) С 80-83

. Опоев М.М. Уход за больными кишечной инфекцией http://medsests.ru/index.php?nazv=2064935893&nazv2=578697650 (2011 год) (25.05.14)

. Олевцева М.Н., Киркин А.В. Медикаментозная терапия ekmed.ru/info/literatyra/ostrye-kishechnye-infekcii-y-detei\_18.html (2012 год) (26.05.14)

. Пробников Г.Т. Помощь при рвоте и диарее http://dodoctor.by/information/articles/1995-rvotaponos (2010 год) (28.05.14)

. Родионов Е.Ф., Мухина М.С. Помощь при метеоризме http://www.sweli.ru/zdorove/meditsina/meditsinskie-uchrezhdeniya-analizy-i-diagnostika/uhod-i-okazanie-pomoschi-bolnomu-pri-rvote-meteori (2011 год) (28.05.14)

. Степанов С.Я., Фокин С.Д. Подготовка к исследованию толстого кишечника http://medportal.ru/enc/gastroenterology/reading/11/ (2010 год) (28.05.14)

. Уланова Р.П. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебное пособие. Мухина С.А. (2009 год) С. 91-94

. Фокин В.Б. Реабилитационный процесс при кишечной инфекции http://glossword.info/index.php/term/ (2012 год) (28.05.14)

. Схема 1 - Виды кишечных инфекций http://www.kelechek.ru/ostrye\_kishechnye\_infekcii\_ (28.05.14)

. Рисунок 1 - лицо заболевшего ботулизмом http://www.domovodstvo.kiev.ua/images/stories/medicina/botulizm. (28.05.14)

. Рисунок 2 - Техника выполнения в/м инъекции http://sestrinskoe-delo.ru (28.05.14)

. Таблица 1 - продолжительность и характер диспансерного наблюдения за переболевшими кишечными инфекциями, хроническими больными и бактерионосителями http://medarticle.moslek.ru/ (28.05.14)

. С. 41 Рисунок 3 - заболевания населения РФ острыми кишечными инфекциями http://portal.kazntu.kz/files/science/c42/c4 (28.05.14)

. Диаграмма 1 -Заболеваемость населения Московской области острыми кишечными инфекциями на 100 000 населения. Статистические данные http://www.vigivanie.com/vigivanie-pri-epidemii/237-ostrie-kishechnie-infektsii.html (2013 год) (28.05.14)

. Диаграмма 2 - Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в г. Орехово-Зуево.