### Государственное бюджетное образовательное учреждение

среднего профессионального образования

города Москвы

# «Медицинский колледж № 4 Департамента здравоохранения

# города Москвы»

Курсовая работа

по учебной дисциплине

«Сестринское дело при инфекционных заболеваниях»

Тема: «Особенности сестринской деятельности при кишечных инфекциях»

Выполнил(а) студент

А.В. Литвин

Курс 3

Группа 301

Специальность Сестринское дело

Руководитель Е.В. Карпова

Москва

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

. КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

.1 Этиология

.2 Эпидемиология

.3 Патогенез

.4 Классификация

.5 Клиническая картина

.6 Осложнения

.7 Диагностика

.8 Лечение

.9 Профилактика

. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.1 Наблюдение из практики 1

.2 Наблюдение из практики 2

.3 Выводы

. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

. ПРИЛОЖЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность

Кишечные инфекции - одно из самых распространенных заболеваний в мире. Распространенность их среди населения чрезвычайно высокая, как в детской возрастной группе, так и у взрослых.

Ежегодно на планете заболевают более 500 млн. человек. Показатель заболеваемости в России доходит до 400 и более случаев на 100 тыс. населения. Главным показателем эффективности терапии кишечных инфекций является достижение и поддержание контроля над заболеванием.

Высокая распространенность заболевания на жизнь общества, а так же каждого пациента обуславливают необходимость предупреждения и своевременного выявления факторов риска и профилактики обострений заболевания. В этом большая роль отводится медицинской сестре. Следовательно, изучение особенностей сестринской деятельности при кишечных инфекциях является актуальным.

Цель исследования

Изучить особенности сестринской деятельности при кишечных инфекциях.

Задачи

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

§ этиологию;

§ классификацию;

§ клиническую картину;

§ диагностику;

§ осложнения;

§ особенности лечения;

§ профилактику;

§ реабилитацию, прогноз.

Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:

- два случая, иллюстрирующие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринской деятельности у пациентов с данной патологией;

Объект исследования

Пациенты с кишечными инфекциями.

Предмет исследования

Сестринская деятельность при кишечных инфекциях.

Методы исследования

§ научно-теоретический;

§ аналитический;

§ наблюдение;

§ сравнение.

. КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Кишечные инфекции - это группа инфекционных болезней, при которых наблюдается преимущественное поражение кишечника. Возбудителями кишечных инфекций являются различные виды бактерий и вирусов.

1.1 Этиология

Возбудителями кишечных инфекций являются:

ь Бактерии: сальмонеллы, шигеллы, стафилококки, холерный вибрион.

ь Вирусы: энтеровирусы, ротавирусы.

Общей чертой кишечных инфекций является способность к выработке энтеротоксинов. Все бактерии и вирусы в силу достаточной устойчивости к факторам внешней среды имеют повсеместное распространение. Все возбудители кишечных инфекций имеют свою специфическую антигенную структуру.

1.2 Эпидемиология

Источниками кишечных инфекций являются:

ь животные и птицы

Резервуарами кишечных инфекций являются:

ь человек;

ь животные и птицы

Восприимчивый организм к кишечным инфекциям:

ь человек

Накопление в продуктах питания возбудителей пищевых инфекций и их токсинов не сопровождается изменением вкусовых и органолептических свойств продуктов. Наиболее часто инфицирование людей происходит при употреблении мясомолочных, рыбных продуктов, салатов, соусов и так далее. Особую опасность представляют те продукты, которые перед употреблением не подвергаются первичной или дополнительной термической обработке. В зависимости от того, в каких условиях произошло инфицирование, наблюдаются спорадические или групповые случаи заболеваний, которые чаще регистрируются в тёплое время года.

Чаще всего кишечные инфекции встречаются в теплое время года, и они очень устойчивы во внешней среде.

1.3 Патогенез

Механизм передачи кишечных инфекций:

ь фекально-оральный.

Пути передачи кишечных инфекций:

ь пищевой, алиментарный;

ь водный;

ь контактно-бытовой.

Возбудители и их токсины попадают в организм через рот и поступают в желудочно-кишечный тракт. Достигая нужного отдела кишечника, возбудители внедряются в слизистую оболочку, вызывая развитие воспалительной реакции. Вследствие этого возникает выраженная диарея и рвота, которые приводят к быстрому развитию дегидратации, деминерализации, гиповолемии и так далее.

1.4 Классификация

Ш По биологическому фактору:

· Антропонозые инфекции: дизентерия, брюшной тиф, холера.

· Антропозоонозные инфекции: сальмонеллёз, бруцеллёз, пищевые токсикоинфекции.

Ш По локализации возбудителя в желудочно-кишечном тракте:

. Локализованные формы инфекции:

· гастритическая форма;

· гастроэнтеритическая форма;

· гастроэнтероколитическая форма.

2. Генерализованные формы инфекции:

· по типу септической формы;

· тифоподобные.

1.5 Клиническая картина

При пищевых инфекциях инкубационный период не бывает продолжительным. В типичных случаях его продолжительность составляет от нескольких часов до суток, и лишь в отдельных случаях инкубационный период может укорачиваться до 30 минут (при стафилококковых токсикоинфекциях) или удлиняться (свыше 24 ч).

Независимо от этиологии клинические проявления при пищевых инфекциях в целом носят однотипный характер. Заболевания начинаются внезапно, появляются признаки развития интоксикации, гастроэнтерита и обезвоживания организма.

Больные с пищевыми инфекциями отмечают:

внезапное появление слабости;

недомогание;

чувство дискомфорта в животе, которое через короткое время сменяется схваткообразными болями.

одновременно появляются тошнота,;

многократная рвота;

жидкий водянистый стул (до 10-15 и более раз в сутки). Стул чаще имеет неприятный запах и не содержит патологических примесей в виде слизи и крови. Интоксикация характеризуется:

появлением озноба;

повышением температуры до 39◦С;

головной боли.

Острый период при пищевых инфекциях обычно продолжается в течение 12-36 ч., но может удлиняться и до нескольких дней.

В зависимости от тяжести заболевания при объективном обследовании у больных выявляются:

бледность кожных покровов;

акроцианоз;

тахикардия;

снижение артериального давления.

При наличии обезвоживания организма у больных могут отмечаться:

судороги;

анурия;

коллапс;

шок.

1.6 Осложнения

Осложнения чаще развиваются у маленьких детей и лиц пожилого возраста.

Возможно развитие:

ь гиповолемического шока;

ь инфекционно-токсического шока;

ь тромбоза сосудов брыжейки;

ь острой сердечно-сосудистой недостаточности;

ь сепсиса.

1.7 Диагностика

Лабораторные методы исследования:

ь общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение количества палочкоядерных лейкоцитов (сдвиг лейкоцитарной формулы "влево"), нормальное либо несколько ускоренное СОЭ;

ь кровь на серологическое исследование: наличие антител;

ь общий анализ мочи: увеличение в моче количества уробилина и билирубина (при вовлечении печени и желчных путей в кишечную патологию), Олигурия и анурия могут наступать после профузных поносов, полиурия - при дистрофических состояниях, поллакиурия - при кишечных дискинезиях.

ь общий анализ кала: неоформленный кал (диарея или дегтеобразный); наличие белка или крови, соединительной ткани, жира, остатков пищи, лейкоцитов, мышечных волокон; положительная реакция на билирубин.

ь кал на бактериологическое исследование: возбудитель инфекции;

ь бактериологическое исследование рвотных масс: возбудитель инфекции;

ь бактериологическое исследование промывных вод желудка: возбудитель инфекции.

.8 Лечение

Медикаментозная терапия

ь Промывание желудка теплой водой. Промывание желудка проводят несколько раз до отхождения чистых промывных вод;

ь антимикробная терапия: энтерол, бактисубтил;

ь регидратационная терапия: введение водно-электролитных растворов (глюкозо-солевые растворы «Регидрон», «Оралит», «Цитроглюкосолан» и др.);

ь дезинтоксикационная терапия: введение растворов: "Хлосоль", "Квартасоль", реополиглюкин;

ь этиотропная терапия (проводится индивидуально в зависимости от варианта и тяжести течения заболевания): левомицетин, ампициллин и др.;

ь симптоматическая терапия;

ь Диетотерапия (стол №4) (Приложение 1)

ь Лечебно-охранительный режим

1.9 Профилактика

Профилактика - совокупность мер по укреплению здоровья, предупреждению и устранению причин заболеваний человека.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F> рассматривают два вида профилактики.

Первичная профилактика - система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%BE%D1%80\_%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1> развития.

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81>, ослабление иммунитета <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%82\_%28%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29>, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BC>) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D0%B2\_%28%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%29> заболевания.

Санитарно - эпидемиологические правила СП 3.1.1.1117-02

Санитарно - эпидемиологические правила устанавливают требования к комплексу организационных, лечебно - профилактических, гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение и распространение заболеваний острыми кишечными инфекциями.

Контроль за выполнением санитарных правил осуществляют органы и учреждения государственной санитарно - эпидемиологической службы Российской Федерации.

Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

Профилактические мероприятия

- Осуществляются через систему мероприятий по обеспечению населения доброкачественными, безопасными в эпидемическом отношении пищевыми продуктами и водой, безопасными в эпидемическом отношении условиями жизнедеятельности населения.

- Осуществление госсанэпиднадзора за соблюдением санитарных правил и норм на объектах по производству, хранению, транспортировки, реализации (оптовая и розничная) пищевых продуктов, общественного питания, водоканала независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

- Осуществление госсанэпиднадзора за соблюдением санитарных правил и норм в организованных коллективах детей и взрослых, лечебно - профилактических учреждениях (далее ЛПУ), санаториях, домах отдыха и др.

- Гигиеническое обучение работников отдельных профессий, производств и организаций, связанных непосредственно с процессом производства, приготовления, хранения, транспортировки и реализации пищевых продуктов, водоподготовки, обучением и воспитанием детей и подростков, с оформлением медицинских книжек.

- Гигиеническое образование населения с помощью средств массовой информации по вопросам профилактики острых кишечных инфекций.

- Проведение клинико - лабораторных обследований и ограничительных мер среди отдельных групп населения в профилактических целях:

ь Выявление больных (носителей) кишечных инфекций при поступлении на работу работников отдельных профессий, производств и организаций

ь Выявление больных кишечными инфекциями (носителей) среди детей дошкольных образовательных учреждений, школ интернатов, летних оздоровительных учреждений.

ь Выявление больных кишечными инфекциями (носителей) среди лиц в других типах учреждений.

Обязательным условием развития эпидемического процесса является непрерывное взаимодействие трех его составляющих звеньев:

1. источника инфекции;

2. механизма(ов) передачи возбудителя;

. восприимчивого макроорганизма.

Отсутствие или устранение любого из указанных звеньев приводит к ликвидации развития эпидемического процесса и к прекращению распространения инфекционной болезни.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения для эффективного санитарного просвещения населения всей планеты по профилактике кишечных инфекций были разработаны десять «золотых» правил для предотвращения пищевых отравлений (инфекций):

. выбор безопасных пищевых продуктов;

. тщательно приготавливайте пищу;

. ешьте приготовленную пищу без промедления;

. тщательно храните пищевые;

. тщательно подогревайте приготовленную заранее пищу;

. избегайте контакта между сырыми и готовыми пищевыми продуктами;

. часто мойте руки;

. содержите кухню в идеальной чистоте;

. храните пищу защищенной от насекомых, грызунов и других животных;

. используйте чистую воду.

. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Сестринская деятельность - деятельность многочисленных групп медицинских работников, выполняющих функции медицинских сестер; часть системы здравоохранения <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5>, включающая деятельность по укреплению здоровья населения, профилактику заболеваний, предоставление психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным людям всех групп.

Цели сестринской деятельности:

. объяснение населению и администрации лечебно-профилактических учреждений важности и приоритетности сестринского дела в настоящее время;

. привлечение, развитие и эффективное использование сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребностям населения;

. обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки высококвалифицированных медицинских сестер и менеджеров сестринского дела, а также проведение последипломной подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;

. Выработка у медицинских сестер определенного стиля мышления;

. Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, областью деятельности, направленной на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды;

Задачи сестринской деятельности:

1. развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;

2. консолидирование профессиональных и ведомственных усилий по медицинскому обслуживанию населения;

. ведение работы по обеспечению повышения квалификации и профессиональных навыков персонала;

. разработка и внедрение новых технологий в сфере сестринской помощи;

. осуществление консультативной сестринской помощи;

. обеспечение высокого уровня медицинской информации;

. ведение санитарно-просветительской и профилактической работы;

. проведение научно-исследовательских работ в области сестринского дела;

. создание стандартов улучшения качества, которые бы направляли сестринский уход в нужное русло и помогали бы оценить результаты деятельности.

Во многих случаях именно медицинские сестры являются первым и последним, а иногда и единственным связующим звеном, связывающим пациента с системой здравоохранения.

Вирджиния Хендерсон была одной из первых медсестер, попытавшихся после Флоренс Найтингейл дать свое толкование сестринского дела. Целью ее теории являлось описание уникальной сути сестринской профессии. Исследовательнице удалось разработать систему принципов, служащих для медсестры руководством при осуществлении ухода за больным. Теория Хендерсон оказала огромное влияние на осмысление сестринского дела во всем мире, и многие созданные позднее модели сестринского дела основываются на ее работе.

Вирджиния Хендерсон выделила основные человеческие потребности, на удовлетворение которых и должен быть нацелен уход за пациентом.

В числе таких потребностей:

1. дыхание;

2. питание и употребление жидкости;

3. физиологические отправления;

. двигательная активность;

. сон и отдых;

. способность самостоятельно одеваться и раздеваться;

. поддержание температуры тела и возможность ее регулирования;

. соблюдение личной гигиены;

. обеспечение собственной безопасности;

. общение с другими людьми, возможность выражать свои эмоции и мнение;

. возможность соблюдать обычаи и обряды согласно вероисповеданиям;

. возможность заниматься любимой работой;

. отдых и развлечения;

. потребность в получении информации;

Сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам.

Цель сестринского процесса

обеспечение приемлемого качества жизни в болезни путем обеспечения максимально доступного для пациента физического, психосоциального и духовного комфорта с учетом его культуры и духовных ценностей.

В настоящее время сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела и включает в себя пять этапов:

· 1 этап - сестринское обследование <http://www.sisterflo.ru/nursing\_process/first\_stage.php>;

· 2 этап - сестринская диагностика <http://www.sisterflo.ru/nursing\_process/second\_stage.php>;

· 3 этап - планирование <http://www.sisterflo.ru/nursing\_process/third\_stage.php> сестринского ухода;

· 4 этап - реализация плана ухода;

· 5 этап - оценка <http://www.sisterflo.ru/nursing\_process/fifth\_stage.php> сестринского ухода.

Сестринский процесс при кишечных инфекциях

I этап: сестринское обследование (сбор информации)

Субъективный метод обследования - расспрос.

При расспросе пациента медсестра выясняет историю развития заболевания:

ь когда больной почувствовал первые признаки заболевания;

ь остро или постепенно оно развивалось;

ь динамику симптомов болезни во все дни, предшествующие обращению за медицинской помощью;

ь уточнить, принимал больной или нет какие-либо медикаменты, и если принимал, то, как они повлияли на течение болезни.

Особое внимание следует уделять эпидемиологическому анамнезу.

Цель сбора эпидемиологических данных:

ь выяснение потенциального или возможного источника инфекции;

ь установление механизма и пути заражения;

ь предполагаемый инкубационный период;

ь обратить внимание на поездки и пребывание пациента в зонах, где могло произойти инфицирование;

ь контакты с больными людьми и животными и т.д.

Объективный метод обследования - осмотр.

При осмотре медицинская сестра обращает внимание на:

ь положение тела больного;

ь кожные покровы и видимые слизистые оболочки;

ь лимфатические узлы;

ь костно-суставную систему;

ь органы кровообращения;

ь органы дыхания;

ь органы пищеварения;

ь мочеполовую систему;

ь нервно-психическую сферу;

ь симптомы, характерные для определенных инфекционных заболеваний;

ь характер стула;

ь характер рвоты;

ь характер мочи;

ь состояние живота (вздутие, урчание, болезненность при пальпации);

ь чувствительность и болезненность сигмовидной кишки.

### II этап: установление нарушенных потребностей пациента (сестринский диагноз)

Медсестра выявляет реальные и потенциальные проблемы пациента, которые она должна устранить в силу своей профессиональной компетенции.

Возможные нарушенные потребности:

· Физиологические (биологические) потребности:

быть здоровым (озноб, температура, тахикардия, снижение артериального давления, головная боль, тахикардия, обезвоживание);

есть;

спать (постоянный жидкий стул, тошнота, рвота);

выделять (отсутствие мочи).

· Социальные:

временная утрата трудоспособности;

социальная изоляция;

· Духовные:

- дефицит духовного участия;

· Приоритетные:

лихорадка;

головная боль;

· Потенциальные:

инфекционно-токсический шок;

гиповолемический шок;

тромбоза сосудов брыжейки;

острой сердечно-сосудистой недостаточности;

коллапс.

III этап: планирование сестринских вмешательств

После формулировки цели по приоритетному диагнозу в сестринском плане ухода проводится планирование объема сестринских вмешательств. План сестринских вмешательств представляет собой письменное руководство подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода <http://yamedsestra.ru/index.php?option=com\_content&view=article&id=128&Itemid=51>.

IV этап: реализация сестринских вмешательств

Сестринские вмешательства:

- зависимые (выполняются по назначению врача): обеспечение приема лекарственных препаратов, выполнение манипуляций и т.п.;

- независимые (выполняются медсестрой без разрешения врача): измерение АД, пульса, ЧДД, организация досуга пациента и другие;

- взаимозависимые (выполняются медицинской бригадой): обеспечение консультации аллерголога, обеспечение проведений исследований, рекомендации по диете.

V этап: оценка эффективности сестринских вмешательств

Медсестра оценивает результат сестринских вмешательств, реакцию пациента на меры оказания помощи, ухода. Если поставленные цели не достигнуты, медсестра корректирует план сестринских вмешательств: возможно запланированы не все вмешательства, которые помогли бы достичь цели, либо неправильно определена приоритетная проблема.

. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.1 Наблюдение из практики 1

Пациентка В., 20 лет, находится на лечении в инфекционном отделении с диагнозом “сальмонеллез”. При сестринском обследовании выявлены жалобы на: обильную рвоту, понос, боли в животе, урчание и вздутие, слабость, головная боль, головокружение, озноб, повышение температуры тела до 38,5°С. Заболела в день поступления в больницу после употребления в пищу яиц всмятку.

При осмотре больного - кожные покровы бледные, гипотония, глухости сердечных тонов, судороги в мышцах верхних и нижних конечностях.

Нарушенные потребности: в питании, быть здоровым, в поддержании нормальной температуры тела, в работе, в общении, в отдыхе, в избегании опасности.

Проблемы пациента:

Настоящие проблемы:

· обильная рвота;

· понос;

· боли в животе;

· урчание и вздутие в животе;

· слабость;

· головная боль;

· головокружение;

· озноб;

· повышение температуры тела до 38,5°С.

Потенциальные проблемы:

· риск развития инфекционно-токсического шока;

Приоритетная проблема:

· обильная рвота;

· понос.

Краткосрочная цель: пациентка отметит уменьшение рвоты в течение 3-х суток, снижение диареи.

Долгосрочная цель: пациентка отметит отсутствие рвоты и диареи к концу недели лечения.

Сестринское вмешательство:

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| Независимые сестринские вмешательства |
| 1. Осуществление помощи пациенту при рвоте |  |
| 2. Осуществлять оценку физического состояния пациента (измерение температуры тела, АД, ЧДД, пульс, температура тела) | С целью контроля состояния пациента. |
| 3. Осуществить комплекс мероприятий по уходу за пациентом (умывание, обтирание, смена нательного и постельного белья и т.д.) при диарее | Для соблюдения правил личной гигиены. |
| 4. Обеспечить пациенту физический и психический покой | Для улучшения психоэмоционального состояния пациента |
| 5. Обеспечить соблюдение постельного режим | Для улучшения состояния пациента |
| 6. Контроль за питьевым режимом пациента | Для восстановления водно-солевого баланса |
| 7. Подготовка пациента к лабораторным методам исследования | Для улучшения качества диагностики |
| 8. Контроль за соблюдением диетического питания пациента (стол №4) | Для улучшения состояния пациента. |
| 9. Смена постельного и нательного белья | Для соблюдения правил личной гигиены |
| 10. Контроль за передачей продуктов от родственников/поситителей | Для соблюдения диетического питания пациента |
| Зависимые сестринские вмешательства |
| 1. Обеспечить введение лекарственных средств (Энтерол, Регидрон, Левомицетин и др.) | Для облегчения состояния |
| 2. Обеспечить введение жаропонижающих (Парацетамол, Ибупрофен, Аспирин др.) | Для снижения температуры тела |

Оценка: у пациента отсутствует рвота и диарея, состояние пациента улучшилось. Цель достигнута.

3.2 Наблюдение из практики 2

Больная Н., 22 лет, студентка педагогического института, находилась на сельхозработе. Заболела остро, появились озноб, общая слабость, ломота в теле, температура поднялась до 40°С, головная боль, головокружение. Позже (примерно через 6 часов от начала заболевания) присоединились схваткообразные боли внизу живота, частый жидкий стул до 20 раз в сутки. Дефекация сопровождалась мучительными болезненными позывами, не приносящими облегчения (тенезмы). Доставлена на 2-й день в инфекционное отделение. При поступлении состояние тяжелое, температура тела резко снизилась с 40°С до 37,5°С (кризис). Больная вялая, заторможена. Отмечается замедление пульса, снижение частоты дыхания и артериального давления, повышенная потливость. Кожные покровы бледные и влажные.

Нарушены потребности: во сне, в выделении, в поддержании нормальной температуры тела, быть здоровым, в работе, в общении, в отдыхе, в избегании опасности.

Проблемы пациента:

Настоящие проблемы:

· резкое снижение температуры тела с 40°С до 37,5°С (кризис);

Потенциальные проблемы:

· риск развития коллапса;

Приоритетная проблема:

· резкое снижение температуры тела с 40°С до 37,5°С (кризис);

Краткосрочная цель: пациентка отметит нормализацию температуры тела в течение 3 часов.

Долгосрочная цель: пациентка отметит улучшение состояния здоровья к концк недели лечения.

Сестринское вмешательство:

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| Независимые сестринские вмешательства |
| 1. Осуществить комплекс мероприятий по уходу за пациентом (умывание, обтирание, смена нательного и постельного белья и т.д.) | Для соблюдения правил личной гигиены |
| 2. Обеспечить пациенту физический и психический покой | Для улучшения психоэмоционального состояния пациента |
| 3. Обложить больного грелками | Для согревания пациента |
| 4. Обеспечить больного горячим крепким чаем или кофем | Для повышения артериального давления |
| 5. Осуществлять оценку физического состояния пациента (измерение температуры тела, АД, ЧДД, пульс, температура тела) | С целью контроля состояния пациента. |
| 6. Контроль за питьевым режимом пациента | Для восстановления водно-солевого баланса |
| 7. Смена постельного и нательного белья | Для соблюдения правил личной гигиены |
| Зависимые сестринские вмешательства |
| 1. Обеспечить введения препаратов, возбуждающих дыхательный и сосудодвигательный центр (кордиамин, кофеин, камфара) | Для ... |
| 2. Обеспечить введение водно-электролитных растворов (глюкозо-солевые растворы «Регидрон», «Оралит», «Цитроглюкосолан» и др.) | Для восстановления водно-солевого баланса |
| 3. Обеспечить соблюдение постельного режима | Для улучшения состояния пациента |

Оценка: стул нормализовался, температура тела снизилась до нормальных показателей. Цель достигнута.

3.3 Выводы

Проанализировав два наблюдения из практики, можно сделать вывод о том, что при различных клинических проявлениях кишечных инфекций необходим особый уход за больными.

В первом наблюдении из практики приоритетная проблема заключалась в том, что у пациентки была обильная рвота и понос. В этом случае сестринский процесс заключался в помощи пациенту при рвоте, в осуществлении оценки физического состояния, в обеспечении физического и психического покоя, в контроле за соблюдением диетического питания пациента (стол №4) и д.т.

Во втором наблюдении из практики приоритетная проблема заключалась в том, что у пациентки было повышение температуры тела до 39,5°С и частый жидкий стул до 20 раз в сутки, что грозило развитию обезвоживания организма. В этом случае сестринский процесс заключался в восстановлении водно-солевого баланса и уходу при лихорадке.

. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кишечные инфекции - это группа инфекционных болезней, при которых наблюдается преимущественное поражение кишечника.

Изучив теоретические вопросы кишечных инфекций (этиологию, клиническую картину, осложнения, методы диагностики, особенности лечения и профилактики), проанализировав наблюдения из практики, я пришла к заключению, что цель моей курсовой работы достигнута.

Осуществляя сестринский процесс, медицинская сестра должна быть коммуникабельной, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, уметь оценить способность к самоуходу.

Стараясь, использовать при работе с пациентами все этапы сестринского процесса, а именно:

I этап - оценка состояния пациента;

II этап - определение проблем пациента;

III этап - планирование сестринских вмешательств;

IV этап - реализация составленного плана сестринских вмешательств;этап - оценка результатов перечисленных этапов,

я поняла, что это позволяет повысить качество сестринской помощи.

. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

кишечный инфекция сестринский вмешательство

Интернет-сайты:

Источник: http://slimsecret.ru/dieta-po-pevzneru.html://www.opengost.ru/iso/2914-sp-3.1.1.1117-02-profilaktika-ostryh-kishechnyh-infekciy.html

. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Диета (стол) № 4 используется при заболеваниях и резких обострениях заболеваний кишечника, сопровождающихся сильными поносами

Показана к назначению людям при острых формах и резких обострениях хронических кишечных заболеваний, сопровождающихся сильным поносом.

Цель лечебного питания:

обеспечение щадящего питания при нарушениях пищеварения;

уменьшение воспаления, гнилостных и бродильных процессов в кишечнике;

нормализация его функционирования.

Режим питания - 5-6-разовый.

Химический состав диетического стола № 4:

• 70-80 г белков (35-40 % растительного происхождения)

• 60-70 г жиров

• 250 г углеводов (не более 45 г сахара)

• 8-10 г соли

• 1,5-2 л свободной жидкости

• энергоценность - 1800-1900 ккал

Для лечебной диеты № 4 характерна пониженная калорийность за счет снижения в рационе количества углеводов и жиров. Содержание белков соответствует физиологической норме. Следует резко ограничить химические, механические и термические раздражители желудочно-кишечного тракта. Исключаются продукты, которые усиливают секрецию желудка, процессы гниения и брожения в кишечнике. Блюда пациенту подаются в жидком, полужидком, протертом, сваренном на воде или на пару виде. Порции должны быть небольшими.

Рекомендуемые и исключаемые продукты

• пшеничные сухари (неподжаристых) - не более 200 г в день

• супы на слабом мясном и рыбном бульоне

• нежилистые постные сорта мяса и птицы, крольчатина - все в виде суфле, фрикаделек, кнелей, котлет

• нежирная рыба

• протертый пресный творог

• яйцо всмятку, паровой омлет

• крупы (каши на воде из риса, геркулеса, гречи протертые)

• только овощные отвары

• кисели из фруктов и ягод (груши, черники, кизила, черемухи, айвы), яблоки - только в виде пюре

• напитки (зеленый чай, какао на воде, черный кофе, отвары черники, шиповника, черной смородины)

• сливочное масло (не более 5 г на порцию)

Лечебный стол № 4 не должен состоять из:

• хлебобулочных и мучных изделий

• супов молочных, крупяных, крепких мясных и рыбных

• жирное мясо, мясо целым куском, колбасная продукция

• жирные виды рыбы, соленая рыба, консервы, икра

• цельное молоко и остальные молочные и кисломолочные продукты

• крупы (перловая, ячневая, манная), бобовые, макароны

• ягоды и фрукты в натуральном виде, сухофрукты

• сладости (варенье, мед, кондитерские изделия)

• напитки (какао и кофе с молоком, газировка, охлажденные соки и воды)

Примерное меню стола

Завтрак 1: овсянка на воде, творог, черный кофе

Завтрак 2: черничный отвар

Обед: овощной бульон, тефтели, гарнир из риса, кисель

Полдник: теплый отвар шиповника

Ужин: омлет, гречневая каша на воде, зеленый чай

Перед сном: кисель

Приложение 2

МАНИПУЛЯЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ

Взятие кала для бактериологического исследования

Цель: диагностическая.

Показания: кишечные инфекции; обследование.

Оснащение: стерильная пробирка с консервантом и стерильной металлической петлей (одноразовая стерильная трубка Циммана), перчатки, стерильный шпатель, пеленка (если процедура выполняется в постели); ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), клеенка, направление.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией. Объяснить пациенту цель и процесс проведения предстоящей процедуры. Получить его согласие на нее. | Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента. |
| 2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| 3. Подготовить необходимое оснащение. Поставить ширму (при необходимости). | Обеспечение эффективного проведения процедуры. Обеспечение психологического комфорта. |
| II. Выполнение процедуры 1. Помочь пациенту лечь на левый бок с согнутыми и притянутыми к животу ногами. | Учет анатомо-физиологических особенностей прямой и сигмовидной кишки. Облегчение введения металлической петли. |
| 2. Положить под ягодицы пациента клеенку, а на нее - впитывающую пеленку. | Исключение загрязнения постели, обеспечение инфекционной безопасности. |
| 3. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки. Правой рукой взять из пробирки металлическую петлю и ввести вращательными движениями в прямую кишку на глубину 8-10 см, собирая содержимое со стенок. | Технология взятия материала. |
| 4. Извлечь петлю из прямой кишки и поместить в пробирку с консервантом, не касаясь наружной стороны пробирки и других предметов. | Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение достоверности результата. |
| 5. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Снять перчатки и поместить их в контейнер с дезинфектантом. Вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| 6. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму. | Обеспечение психологического комфорта. |
| 7. Обеспечить доставку емкости с направлением в бактериологическую лабораторию. Примечание: в некоторых случаях допускается хранение пробирки с консервантом в холодильнике при температуре 3-4◦С не более 12 ч. | Обеспечение условий для проведения исследования. |
| III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| 2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию. | Обеспечение преемственности сестринского ухода. |

Промывание желудка толстым зондом

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острые отравления, подготовка к исследованиям, операциям.

Оснащение: система для промывания желудка - 2 толстых стерильных желудочных зонда, соединенных стеклянной трубкой (слепой конец одного зонда срезан); стеклянная воронка на 0,5-1 л, полотенце, салфетки, стерильная емкость для сбора промывных вод на исследование, емкость с водой (10 л) комнатной температуры, кувшин, емкость для слива промывных вод, перчатки, непромокаемый фартук - 2 штуки, жидкое вазелиновое масло или глицерин (физиологический раствор).

Противопоказания: язвы, опухоли, кровотечения из желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией. Объяснить пациенту цель и процесс проведения предстоящей процедуры. Пояснить, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать. Получить согласие на проведение процедуры. | Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию. |
| 2. Подготовить оснащение. | Выполнение необходимого условия эффективности процедуры. |
| II. Выполнение процедуры 1. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: сидя, прижавшись к спинке сиденья и слегка наклонив голову вперед (или уложить на кушетку в положении на бок) | Обеспечение свободного прохождение зонда. |
| 2. Снять зубные протезы у пациента, если такие имеются. | Профилактика осложнений. |
| 3. Отгородить пациента ширмой, если возникает необходимость. | Обеспечение психологического комфорта. |
| 4. Надеть непромокаемый фартук на себя и пациента. | Защита одежды от промокания и загрязнения. |
| 5. Вымыть и осушить руки, надеть чистые перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| 6. Поставить таз к ногам или к головному концу кушетки или кровати, если процедура выполняется в положении лежа. | Обеспечение гигиеничности процедуры. |
| 7. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд: измерить расстояние от резцов до мочки уха и до пупка. | Выполнение необходимого условия для введения зонда в желудок. |
| 8. Перенести метку на зонд, начиная от слепого конца. Смочить зонд водой или глицерином. | Обеспечение продвижения зонда по пищеводу. |
| 9. Встать справа о пациента, предложить ему открыть рот, слегка опустив голову вниз. Положить слепой конец зонда на корень языка. | Подготовка к введению зонда. |
| 10. Попросить пациента сделать глотательное движение, одновременно продвигая зонд в пищевод (во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывается вход в пищевод). | Проведение процедуры. |
| 11. Предложить пациенту обхватить зонд губами и глубоко дышать носом. Продвигать зонд медленно и равномерно до нанесенной отметки, наклонив голову пациента вперед и вниз. Если встретиться сопротивление, следует остановиться и извлечь зонд. Затем повторить попытку снова (сопротивление при введении зонда, кашель, цианоз, рвота, изменение голоса свидетельствует о введении зонда в трахею). | Облегчение продвижения зонда по пищеводу и снятие позывов к рвоте. |
| 12. Убедиться, что зонд в желудке: набрать в шприц Жане воздух 50 мл и присоединить к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушивается характерный звук). | Профилактика осложнений. |
| 13. Продвинуть зонд еще на 7-10 см. | Обеспечение эффективности процедуры. |
| 14. Присоединить воронку к зонду и опустить ее ниже уровня желудка пациента. Целиком заполнить воронку водой, держа ее наклонно. | Предупреждение попадания воздуха в желудок. |
| 15. Медленно поднять воронку вверх на 1 м. | Обеспечение поступления воды в желудок. |
| 16. Следить за убыванием жидкости. Опустить воронку до уровня колен , как только вода достигнет устья воронки. Держать воронку в таком положении, пока воронка целиком не заполниться промывными водами. | По закону сообщающихся сосудов вода поступает в желудок, а затем вновь в воронку. |
| 17. Слить промывные воды в таз. При необходимости первые воды слить в емкость для исследования. | При экзогенном отравлении в чистые емкости собирают первую и последнюю порцию промывных вод. Первую - для определения неизвестного яда, вторую - для оценки качества манипуляции. |
| 18. Повторить два предыдущих действия, если необходимо собрать промывные воды на исследование в стерильную емкость. | Забор промывных вод в стерильную емкость проводится при пищевой токсикоинфекции. |
| 19. Повторить промывание несколько раз до появления чистых промывных вод. Следить, чтобы количество введенной порции жидкости соответствовало количеству выделенных промывных вод. Собирать промывные воды в таз. | Обеспечение качества выполнения манипуляции. |
| III. Окончание процедуры 1. Снять воронку, извлечь зонд, пропуская его через салфетку. | Защиты одежды от загрязнения. |
| 2. Поместить использованный инструментарий в контейнер с дезинфицирующим раствором. Промывные воды слить в канализацию. Предварительно подвергнув их дезинфекции. Снять фартуки с себя и пациента и поместить их в дезинфицирующий раствор. Вымыть и осушить руки. | Профилактика внутрибольничной инфекции. |
| 3. Дать пациенту возможность прополоскать рот и сопроводить в палату. Тепло укрыть, наблюдать за состоянием. | Обеспечение безопасности пациента. |
| 4. Сделать отметку о выполнении процедуры. | Обеспечение преемственности сестринского ухода. |