Сестринский процесс при кишечных инфекциях

АННОТАЦИЯ

сестринский инфекция кишечный

Во введении обосновывается актуальность темы дипломной работы, формируются цель и задачи исследования. В первой главе дан критический анализ литературных данных о теоретических основах кишечных инфекций.

Во второй главе исследована роль медицинской сестры в организации сестринской помощи пациентам при различных кишечных инфекциях.

Имеются общие выводы, подтверждающие выдвинутую гипотезу.

В структурном отношении дипломная работа состоит из введения, двух глав, выводов, заключения, списка использованной литературы и приложений.

В заключении приводятся итоги исследования, практические рекомендации по профилактике осложнений и уходу пациентами.

В приложении представлены результаты исследования, диаграммы, таблицы.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Кишечные инфекции относятся к наиболее распространенным инфекционным заболеваниям, и каждый человек в своей жизни хотя бы раз сталкивался с этим неприятным недугом. Поэтому необходимо знать основные принципы ухода за больными, для предупреждения распространения кишечных инфекций. Заболеваемость инфекционными болезнями в настоящее время остается на высоком уровне. Заметной тенденции к ее снижению не отмечается. В медицинской практике часты случаи, когда больные с инфекционными заболеваниями первично госпитализируются в стационары неинфекционного профиля (терапевтические, хирургические). В связи с этим медицинский персонал, в том числе и медицинские сестры, должны хорошо представлять закономерности возникновения, развития и течения инфекционных болезней, принципы их диагностики, лечения и профилактики.

Медицинские сестры должны профессионально ориентироваться в инфекционной патологии и основах эпидемиологии, применять успешно свои знания и умения в практической деятельности.

Ежегодно на планете заболевают более 500 миллионов человек. Показатель заболеваемости острыми кишечными инфекциями в России доходит до 400 и более случаев на 100 тысяч населения.

Область исследования: сестринская деятельность при кишечных инфекциях.

Цель исследования: исследовать особенности сестринской деятельности при острых кишечных инфекциях.

Для достижения данной цели исследования были определены следующие задачи:

.Провести анализ научной литературы по теме работы;

.Исследовать статистические данные по распространенности кишечных инфекций в России и в Краснодарском крае;

.Проанализировать особенности сестринского ухода по острым кишечным инфекциям.

Объект исследования: острые кишечные инфекции.

Предмет исследования: сестринский процесс при инфекционных заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Гипотеза: предупреждение и своевременное выявления факторов риска и профилактики возникновения кишечных инфекций будет способствовать снижению летальности и предупреждение развития эпидемий.

Для решения поставленных задач в процессе проверки гипотезы использовались следующие методы:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.

- социологический (анкетирование).

эмпирический (наблюдение, дополнительные методы исследования).

статистический (вычисление процентных соотношений).

Теоретическая значимость: систематизация знаний по данному разделу инфекционных заболеваний.

Практическая значимость работы: определяется тем, что изученная тема может быть реализована в практике работы медицинских сестер и позволит повысить качество работы. Результаты исследования могут быть использованы в учебном процессе колледжа при изучении студентами специальности «Сестринское дело » ПМ. 02. «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах» МДК 02.01. Р.4 «Сестринский уход при различных состояниях и заболеваниях в клинике инфекционных болезней».

Структура дипломной работы состоит из введения, трех глав, выводов, заключения, списка литературы и приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

.1 Определение, этиология, патогенез, классификация кишечных инфекций

Острые кишечные инфекции - большая группа инфекционных заболеваний, которые вызываются разнообразными микроорганизмами и вирусами. Они объединены сходным характером проявлений в виде нарушения функций работы желудочно-кишечного тракта и признаками интоксикации.

Классификация.. По источнику инфекций:

• Антропонозые инфекции: дизентерия, брюшной тиф, холера.

•Антропозоонозные инфекции: сальмонеллёз, бруцеллёз, пищевые токсикоинфекции.. По степени распространения в желудочно-кишечном тракте и в организме в целом:

.Локализованные формы инфекции:

• гастритическая форма;

• гастроэнтеритическая форма;

• гастроэнтероколитическая форма.

. Генерализованные формы инфекции:

• по типу септической формы;

• тифоподобные.

.Вирусные инфекции с преобладанием поражения желудочно-кишечного-тракта.

Ротавирусный гастроэнтерит - острая инфекционная болезнь, проявляющаяся симптомами острой кишечной инфекции.

Этиология. Возбудитель представляет собой сферическую частицу диаметром 70-75 нм, содержит рибонуклеиновую кислоту. Вирус обнаруживается и идентифицируется в реакциях иммуноэлектронной микроскопии, иммунофлуоресценции, нейтрализации и связывания комплемента.

Эпидемиология.

Болезнь наблюдается в виде спорадических случаев и вспышек. Заболевания отмечаются среди новорожденных, детей раннего и школьного возраста, а также среди взрослых. Возможны вспышки в детских инфекционных отделениях и родильных домах. Отмечается весенне-зимняя сезонность.

Носитель и выделитель вируса - человек. Достоверные случаи заражения человека вирусами животных неизвестны. Заражение происходит при контакте с окружающей средой, загрязненной фекалиями, или с человеком - носителем вируса.

Возможен пищевой и водный путь распространения вируса. Наблюдаются семейные случаи заболевания.

Подобная контагиозность проявляется при эпидемическом гастроэнтерите на высоте вспышки. Такая эпидемиологическая особенность заставляет думать о возможности передачи инфекции аспирационным путем, хотя достоверных лабораторных данных для подтверждения этой гипотезы пока еще нет.

Патогенез мало изучен. При экспериментальном заражении вирусом, полученным из фекалий больных, воспроизводится типичная картина заболевания.

Клиника отличается цикличностью инфекционного процесса. Инкубационный период длится от нескольких часов до 3-5 дней. Как правило, болезнь начинается остро и развивается бурно. Первым признаком является диарея, наблюдающаяся у всех больных. Вскоре после диареи возникает рвота. Позывы на дефекацию носят императивный характер. Нередко они возникают по ночам как первый признак болезни, сопровождаются усиленной перистальтикой, урчанием, болью в животе. Акт дефекации приносит некоторое облегчение. Характерная особенность заболевания - обильный водянистый стул без примеси слизи и крови, пенистый, с резким запахом. При более легком течении стул остается кашицеобразным, бурого цвета или с зеленоватым оттенком, напоминающим цвет щавеля.

Температура в большинстве случаев остается субфебрильной или нормальной, в тяжелых случаях может развиться гипотермия. Наблюдаются гиперемия зева, зернистость мягкого нёба, отечность язычка, иногда - энантема. Отмечаются замедление пульса, снижение артериального давления. Обычно оно быстро восстанавливается по мере улучшения общего состояния. Только изредка развивается острая сердечно-сосудистая недостаточность, коллапс. Преобладают симптомы поражения пищеварительной системы. При пальпации живота определяется болезненность, особенно в пупочной области. Ректороманоскопия обычно не выявляет каких-либо патологических изменений, лишь в отдельных случаях наблюдается слабая гиперемия и отечность слизистой оболочки. Размеры печени и селезенки обычно не увеличены. Изменения в почках проявляются кратковременной альбуминурией, микрогематурией, цилиндрурией. Олигурия продолжается обычно 1-2 дня и сменяется полиурией. Обезвоживание сопровождается потерей массы тела, чаще встречается у детей и рассматривается как важный клинический признак болезни. Каких-либо заметных изменений центральной нервной системы отметить не удается

В начальной фазе острого периода в крови часто наблюдается лейкоцитоз, впоследствии сменяющийся лейкопенией. К концу болезни возрастает число больных с эозинофилией. СОЭ остается умеренной или пониженной. Лабораторные показатели водно-солевого состояния при средней тяжести заболевания не выходят за пределы физиологических норм. При тяжелом течении его выявляются признаки дегидратации.

Дифференциальный диагноз проводится на основании эпидемиологического анамнеза, клинических данных и результатов лабораторных (бактериологических, вирусологических и серологических) наблюдений. Большое значение приобретает правильная оценка эпидемиологической обстановки. Вспышки гастроэнтерита территориально ограничены, носят как бы взрывной характер при отрицательных результатах бактериологических анализов. Отмечается высокая заболеваемость лиц, находившихся в контакте с больными и не употреблявших в пищу подозрительных продуктов.

Поскольку часто встречающийся острый гастроэнтерит может иметь различную этиологию, для обоснования диагноза ротавирусной инфекции одних только клинико-эпидемиологических данных недостаточно. Необходимо лабораторное подтверждение с помощью вирусологических исследований кала или серологических анализов сыворотки крови больных. При спорадических случаях клинико-эпидемиологический диагноз приобретает достоверность только тогда, когда исключена возможность какого-либо другого острого кишечного заболевания бактериальной или вирусной природы.

В процессе дифференциальной диагностики следует учитывать возможность сальмонеллеза, холеры, дизентерии, эшерихиоза, пищевых токсикоинфекций, вызванных условно-патогенными микроорганизмами.

Для сальмонеллезахарактерны одновременное заболевание лиц, употреблявших в пищу недоброкачественные продукты, типично острое начало, гипертермия, сильный озноб, рвота, боль в животе, профузный зловонный стул, сохраняющий каловый характер, нейтрофильный лейкоцитоз. При сальмонеллезе отсутствуют изменения слизистой оболочки зева. Выделение возбудителя при бактериологическом исследовании крови, испражнений и рвотных масс решает вопрос о диагнозе.

По некоторым клиническим признакам, массовости и быстроте распространения заболеваний ротавирусный гастроэнтерит может напоминать холеру. Но ротавирусная инфекция отличается более легким течением, наличием боли в животе, фарингита, умеренным нарушением водно-электролитного баланса. Важнейшее значение приобретают результаты бактериологического исследования, обнаружение холерных вибрионов или НАГ-инфекции.

Бактериальная дизентерияотличается острой болью в животе, частыми ложными позывами, слизисто-кровянистым стулом, выраженным сигмоидитом, лихорадочной реакцией, патологическими изменениями в дистальном отрезке толстой кишки по данным ректороманоскопии. Все эти признаки, а также результаты бактериологического исследования позволяют провести дифференциальную диагностику.

Для эшерихиозовхарактерен короткий инкубационный период. Признаки интоксикации, особенно у взрослых, слабо выражены, общее состояние мало нарушено. Часто наблюдаются лихорадочная реакция, острая боль в животе, иногда слизисто-кровянистый стул, тенезмы, умеренный лейкоцитоз. Большое значение имеют результаты бактериологических исследований.

Возбудители кишечных инфекций устойчивы к различным воздействиям и длительно сохраняются во внешней среде, например в водопроводной воде - до 3 месяцев, на овощах и фруктах - от 5 дней до 14 недель. Пищевые продукты, особенно молочные и мясные, а также кулинарные изделия и холодные блюда могут быть наиболее благоприятной средой для размножения возбудителей кишечных инфекций. В них микробы, прежде всего сальмонеллы и дизентерийная палочка Зонне, часто размножаются при температуре от 20 до 40 °С.

.2 Дизентерия

Дизентерия (дизентерия бактериальная, шигеллез) - это инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемая бактериями рода шигелл. Протекает преимущественным поражением слизистой оболочки нижнего отдела толстой кишки.

Этиология, патогенез.

Возбудителями являются 4 вида шигелл:

.шигелла дизентерии;

.шигелла Флекснера (с подвидом Ныокастл);

.шигелла Бойда;

. шигелла Зонне.

Наиболее распространенными являются шигеллы Зонне и Флекснера. Возбудители могут длительно сохраняться во внешней среде (до 1,5 мес). На некоторых пищевых продуктах они не только сохраняются, но и могут размножаться (молочные продукты). Отмечается возрастание устойчивости шигелл к различным антибиотикам, а к сульфаниламидам устойчиво большинство видов.

Учеными получено несколько видов шигелл, не вызывающих заболевания и использующихся для разработки живых ослабленных вакцин, применяемых с целью выработки иммунитета. Инфицирующая доза при дизентерии мала, возможно паразитирование шигелл в эпителии кишечника. Заболевание возникает при проникновении в кровь токсинов шигелл.

Дизентерийные токсины действуют на стенку сосудов, центральную нервную систему, периферические узлы, симпатико-адреналовую систему, печень, органы кровообращения. При тяжелых формах больные обычно умирают от инфекционно- токсического шока.

Клиническая картина.

Инкубационный период от 1 до 7 дней. По клиническим проявлениям дизентерию можно разделить на следующие формы.. Острая дизентерия:

а) типичная (разной тяжести);

б) атипичная (гастроэнтероколит);

в) субклиническая.. Хроническая дизентерия:

а) рецидивирующая;

б) непрерывная (затяжная).. Нарушения функций кишечника после дизентерии (постдизентерийный колит).

Типичные формы дизентерии начинаются остро и проявляются симптомами острой интоксикации (лихорадка, головная боль, адиномия, заторможенность, понижение артериального давления) и пpизнаками поражения кишечного тракта(диспептическим синдромом).. Боль в животе вначале тупая, paзлитая по всему животу, постоянная, затем становится более острой, схваткообразной, локализуется в нижних отделах живота, чаше слева или над лобком. Боль усиливается перед дефекацией. Появляются также тенезмы - тянущие боли в области прямой кишки, отдающие в крестец. Они возникают во время дефекации и продолжаются в течение 15 мин после нее.

Стул учащен (до 10 раз в сутки и более). Испражнения вначале каловые, затем в них появляется примесь слизи и крови, а в более тяжелых случаях при дефекации выделяется лишь небольшое количество кровянистой слизи. При легких формах (до 80% всех заболеваний) самочувствие больных удовлетворительное, температура тела нормальная или слегка повышена, боль в животе незначительная, тенезмы и ложные позывы могут отсутствовать. Стул 3-5 раз в сутки, не удается обнаружить примесь слизи и крови в испражнениях.

Для диагностики, помимо клинической симптоматики, большое значение имеет бактериологическое исследование кала и ректороманоскопия.

В зависимости от тяжести заболевания изменения слизистой оболочки толстого кишечника выражаются в разной степени. Выявляются катаральные, катарально-геморрагические, эрозивные, язвенные, фибринозные изменения.

Хроническая дизентерия вначале протекает в виде отдельных обострений (рецидивов), в дальнейшем переходит в непрерывную (затяжную) форму, когда периоды улучшения состояния отсутствуют. Нарушения функции кишечника, возникающие после дизентерии, формируются спустя 2 года после перенесенной дизентерии. В этот период шигелл от больного выделить уже не удается.

Больных дизентерией можно лечить как в инфекционном стационаре, так и в домашних условиях. Госпитализируют больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами, детей в возрасте до 3 лет, ослабленных больных, а также при невозможности организовать лечение на дому; по эпидемиологическим показаниям госпитализируются дети, посещающие дошкольные учреждения, работники питания, лица, проживающие в общежитиях. В качестве препаратов, устраняющих причины заболевания, назначают антибиотики, сульфаниламиды, производные нитрофурана 8-оксихинолина. Из антибиотиков чаще используют тетрациклины (по 0,2-0,4 г 4 раза в сутки) или левомицетин (по 0,5 г 4 раза в сутки). Более эффективен ампициллин (по 1г 4-6 раз в сутки). Курс лечения 5-7 дней. Нитрофураны (фуразолидон, фурадонин, фураэолин) назначают по 0,1 г 4 раза в день в течение 5-7 суток. Производные 8-оксихинолина (энтеросептол, мексаза) дают по 1таблетки 4 раза в сутки в течение 5-7 дней.

Сульфаниламиды (сульфазол, супьфатиаэол, сульфадимезин) можно назначать по 1 г 3-4 раза в день в течение 5-6 сутки. Назначают комплекс витаминов. Для предупреждения рецидивов дизентерии необходимы тщательное выявление и лечение сопутствующих заболеваний.

Прогноз благоприятный. Переход в хронические формы наблюдается при совершенной терапии относительно редко (1-2%).

Профилактика.

Выздоравливающие после дизентерии выписываются не ранее чем через 3 дня после клинического выздоровления, нормализации стула, температуры тела и однократного отрицательного бактериологического исследования,которое проведено через 2 дня после окончания лечения. Диспансерному наблюдению подлежат работники питания и лица, к ним приравненные, а также больные хронической дизентерией. Срок диспансерного наблюдения 3- 6 месяцев. При оставлении больного дома в квартире проводят текущую дезинфекцию. За лицами, находившимися в контакте с больными, устанавливают медицинское наблюдение в течение 7 дней.

.3 Эшерихиозы

Эшерихиозы - группа инфекционных болезней, вызываемых условно-патогенными или патогенными типами кишечной палочки, протекающих с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, интоксикацией, лихорадкой. У больных со сниженной иммунной реактивностью, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, патогенные кишечные палочки могут вызывать развитие сепсиса. Эшерихиозами болеют чаще всего дети раннего возраста.

Этиология и патогенез.

Большинство инфекций вызывают Эшерихия коли, реже - Эшерихия фергюсони, Эшерихия германи и Эшерихия вульнерис. Патогенные свойства связаны со способностью Эшерихии коли выделять токсины и проникать в клетки слизистой оболочки кишечника. Морфологические различия между патогенными и непатогенными палочками отсутствуют, их дифференцировка основана на наличии особых поверхностных антигенов.

По структуре антигенов выделяют четыре основные группы патогенных эшерихий:

.энтеропатогенная группа -основные возбудители диарей у детей; патогенез поражений обусловлен способностью бактерии прикрепляться к эпителию кишечника и повреждать микроворсинки;

.энтероинвазивная группа - вызывают развитие воспалительных изменений в слизистой оболочке толстой кишки; по своим свойствам сходны с шигеллами;

.энтеротоксигенная группа - возбудители холероподобной диареи; факторы патогенности - устойчивый энтеротоксин, сходный по структуре с холерным;

.энтерогеморрагическая группа- вызывают гемморагическую диарею; образуют цитотоксин, аналогичный токсину Шигелла дизентерия.

Эпидемиология.

Основной механизм распространения диареегенных эшерихий-фекально-оральный. Наиболее часто человек заражается при употреблении загрязненной пищи или воды. В стационарах и закрытых коллективах большое значение имеет контактный путь передачи инфекции. Большинство заражений регистрируется в теплый сезон.

Клиническая картина и диагностика.

Патогенные кишечные палочки вызывают развитие воспалительного процесса приимущественно в тонкой и толстой кишке - энтероколит. Особенно часто заболевание развивается у новорожденных и детей первого года жизни. Основные клинические проявления инфекции - выраженные боли в животе, рвота, жидкий стул. В среднем заболевание продолжается около 2 недель. Вместе с тем клиническая картина эшерихиоза, вызываемая разными группами, имеет свои особенности. Энтероинвазивные кишечные палочки вызывают поражение преимущественно толстой кишки, характеризующееся выраженными болями в животе и примесью крови.

Энтерогеморрагические эшерихии вызывают диарею с примесью крови и тромбоцитопеническую пурпуру. При этом в лабораторном анализе стула лейкоциты отсутствуют.

Материал для исследования - кал, рвотные массы, промывные воды желудка, при внекишечной локализации - кровь, моча, мокрота, спиномозговая жидкость. Бактериологический анализ основан на определении антигенных свойств.

Лечение и профилактика.

При лечении необходимы:

. восстановление водно-электролитного баланса; при легком течении жидкость вводят перорально, при развитии выраженного обезвоживания - внутривенно;

.препараты лакто- и бифидобактерий.

При тяжелом течении назначают антибиотики, преимущественно аминогликозиды.Лечение длится 5-7 дней.

Профилактика состоит в выявлении и изоляции больных эшерихиозами,периодическом обследовании персонала больниц на носительство патогенных форм кишечной палочки, соблюдении правил личной гигиены.

.4 Сальмонеллез

Сальмонеллез - острое зоонозно-антропонозное бактериальное инфек-

ционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи возбудите

ля. Характеризуется преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и интоксикацией, протекающими чаше в виде гастроинтестинальных, реже генерализованных форм.

Сальмонеллы вызывают 2 группы заболеваний: брюшной тиф и паратифы Аи Б*,* возбудители которых являются облигатными паразитами человека, а также собственно сальмонеллез, возбудители которых патогенны как для человека так и для животных.

Этиология и эпидемиология.

Заболевание известно врачам давно. В 1885 г. Д. Сальмен и Т. Смит выделили возбудителя чумы свиней, в 1888 г. А. Гертнер в организме умершего человека и мясе коровы, впоследствии этот микроорганизм был назван его именем. В 1934 г. паразитарные микробы получили название сальмонелл.

Сальмонеллы - палочки размером 2-4х 0,5 мкм, подвижные благодаря наличию жгутиков анаэробы. По частоте занимают 2-е место, после дизентерии в структуре заболеваемости. В природе существует более 2000 возбудителей сальмонеллеза. Поклассификации Кауфмана-Уайта преобладают возбудители входящие в группы В (Salmonellatyphimurium), группы D( Salmonellatyphiabdominalis), группы С в меньшей степени, группы Е - практически единичные случаи.

Сальмонеллезами болеют в развитых странах чаще. Сейчас очень часто возбудителем является Salmonellaenteritidis.

Инфицирование происходит двумя путями:

.Пищевой путь: при употреблении инфицированных продуктов - чаще всего, это мясные продукты - фарш мясной, студни, вареные колбасы, яйца, куры, гуси, мясные консервы, рыба. Salmonella очень устойчива во внешней среде.

.Контакто-бытовой путь.

Инкубационный период при сальмонеллезе составляет 12-24 ч. Иногда

он укорачивается до 6 ч или удлиняется до 2 дней.

Выделяют следующие формы и варианты течения сальмонеллезной инфекции.

Гастроинтестинальная форма:

.гастритический вариант;

.энтеритический вариант;

.гастроэнтеритический вариант;

.энтероколитический вариант;

.колитический вариант;

.гастроэнтероколитический вариант.

Генерализованная форма

.тифоподобный вариант;

.септикопиемический вариант.

Атипичные формы:

.стертая;

.субклиническая.

Чаще всего регистрируется гастроинтестинальная форма сальмонеллеза, которая может протекать по указанным вариантам, а по тяжести подразделяется на легкое, среднетяжелое и тяжелое течение. Тяжесть течения болезни устанавливается по степени обезвоживания и выраженности интоксикации. Бактериовыделение может быть острым (до 1 месяца), затяжным (до 3 месяцев), хроническим (свыше 3 месяцев) и транзиторным.

Гастритический вариант (сальмонеллезный гастрит) развивается редко, клинически сопровождается умеренными явлениями интоксикации, болями в эпигастральной области, тошнотой и повторной рвотой. Поноса при этой форме течения болезни не бывает.

Гастроэнтеритический вариант - наиболее частый клинический вариант сальмонеллезной инфекции. Начало острое. В начальном периоде отмечаются признаки поражения желудочно-кишечного тракта и интоксикации. Тошнота и рвота отмечаются у многих больных. Стул жидкий, обильный, сохраняет каловый характер, иногда может напоминать рисовый отвар, бывает с примесью слизи, реже - водянистый, без патологических примесей.

Гастроэнтероколитический вариантсальмонеллеза может начинаться как гастроэнтерит, но затем все более отчетливо в клинике выступает симптоматика колита.В этом случае сальмонеллез по своему течению напоминает острую дизентерию. Заболевание начинается остро, повышается температура, появляются другие симптомы интоксикации. С первых дней заболевания стул частый, жидкий, с примесью слизи, иногда крови. Могут быть тенезмы и ложные позывы. При ректороманоскопии у таких больных выявляются воспалительные изменения различной интенсивности - катаральные, катарально-геморрагические, катарально-эрозивные.

Генерализованная форма может протекать в двух вариант: тифоподобном и септикопиемическом.

Тифоподобный вариантобычно начинается с поражения кишечного тракта, но может протекать и без дисфункции кишечника. Клинически эта форма напоминает брюшной тиф и особенно паратифы. Синдром интоксикации резко выражен и сопровождается угнетением функций центральной нервной системы. Больные жалуются на головную боль, нарушение сна, вялость, резкую слабость.

Септикопиемический вapиант *-* это по существу сепсис сальмонеллезной этиологии. После короткого начального периода, протекавшего по типу гастроэнтерита, развивается типичная картина септикопиемии с температурой гектического характера, головной болью и болью в мышцах ног, ознобами, потами, тахикардией, бредом и возбуждением. Септикопиемический вapиант может протекать по типу хрониосепсиса с локальным поражением отдельных органов. Типично длительное и тя желое течение. Возможен неблагоприятный исход.

Атипичная форма.

Стертая форма, характеризуется слабо выраженной и быстропроходящей дисфункции желудочно-кишечного тракта. Общее состояние не нарушается. Стул разжижен, имеет каловый характер, без видимых патологических примесей, наблюдается 2-3 раза в сутки в течение 1-2 дней. У отдельных больных возможны кратковременные боли в животе, урчание в правой подвздошной области. Диагноз ставится на основании эпидемиологических данных и высева сальмонеллеза в посевах испражнений.

Субклиническая форма клинически не проявляется. Это, по существу, сальмонеллезное носительство, однако, при нем отмечается нарастание титра специфических антител. Бактерио выделение как следствие перенесенного сальмонеллеза может быть острым и хроническим. Острое бактерио выделение, при котором возбудитель продолжает выделяться до 3 месяцев после клинического выявления, встречается значительно чаще. В затяжном носительстве возбудитель обживается в испражнениях на протяжении 1-3 месяцев. При хроническом бактерио выделении возбудитель обнаруживается в испражнениях на протяжении более 3 месяцев после клинического выздоровления. Транзиторное бактерио выделение диагностируется в тех случаях, когда имеет место лишь одно- или двукратное выделение сальмонелл с последующими многократными отрицательными результатами бактериологических исследований кала и мочи.

Осложнения сальмонеллеза многочисленны и разнообразны

При гастроинтестинальной форме заболевания возможно развитие сосудистого коллапса, гиповолемического шока, острой сердечной и почечной недостаточности. Больные сальмонеллезом склонны к септическим осложнениям: гнойным артритам, остеомиелиту, эндокардиту, абсцессу мозга, селезенки, печени и почек, менингиту, перитониту, аппендицитам. Кроме того, могут возникнуть пневмонии, восходящая инфекция мочевыводящих путей (циститы, пиелиты), инфекционно-токсический шок. При всех клинических формах заболевания возможно развитие рецидивов. Прогноз при гастроинтестинальной форме и тифоподобном варианте сальмонеллеза благоприятный, особенно в случаях ранней диагностики и правильного лечения. Прогноз при септикопиемическом варианте всегда серьезный, летальность составляет 0,2-0,3%.

Лечение сальмонеллеза.

Совместно с лечением препаратами необходим постельный режим. В лечении необходим индивидуальный подход с учетом возрастных показателей, степени эксикоза токсикоза и степени обезвоживания. 1.Этотропная терапия направлена на уничтожение возбудителя и препаратами выбора являются: энтерикс, хлорхинольдол, ципрофлоксацин, сальмонелный бактериофаг, сангвиритин.

.Патогенетическая терапия:

а) Регидратационная терапия направлена на восстановление водно-солевого обмена, с использованием регидрона и трисона.

б) Дезинтоксикационная терапия направлена на ликвидацию обезвоживания и, объём вводимой жидкости зависит напрямую от степени обезвоживания. При этом применяется глюкоза и реополиглюкин.

.Эубиотики и биопрепараты: бактисуптил, линекс, аципол, бифидум-лактобактерин.

.Сорбенты: Энтеросгель (для удаления продуктов жизнедеятельности сальмонелл).

.Ферментотерапия: мезим форте, ораза.

.Антидиарейные препараты: глюконат кальция, индометацин.

.Спазмолитики (обезболивающие): но-шпа или его аналоги.

Питание при сальмонеллезе.

Соблюдение диеты и стол №4. Из рациона исключают продукты, раздражающие желудок и кишечник, молочные продукты и тугоплавкие жиры. Нельзя назначать голодные диеты, чревато усугублением иммунодефицитного состояния, а также препятствует замедлению репоративных процессов в пищеварительном тракте.

Реабилитация и профилактика.

Неспецифическая профилактика включает: длительность пребывания в стационаре при локализованной форме - 14 дней, при генерализованной - до 30 дней. После окончания лечения проводят бактериальное исследование спустя 2 дня, двукратно и, при отрицательных результатах, больных допускают к работе. Работников пищевой промышленности подвергают диспансеризации сроком до 3 месяцев с ежемесячным однократным исследованием кала - при положительных результатах, к работе не допускают в течении 15 дней и устраивают на другую работу и параллельно проводят 5-кратное исследование кала и однократное желчи, если бактериальное выделение продолжается более 3 месяцев - переводят на другую работу в течении 1 года с параллельным обследованием испражнений 1 раз в полгода, а по истечению этого года производят пятикратное обследование кала и однократное исследование желчи с интервалом 1-2 дня, при вновь положительном результате - отстраняют от работы, а при отрицательном - снимают с учёта и возвращают рабочее место.

.5 Брюшной тиф

Тиф брюшной - острое инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода сальмонелл, характеризующееся поражением лимфатического аппарата кишечника (главным образом тонкой кишки), бактериемией (проникновением возбудителя в кровь), выраженной интоксикацией, увеличением печени и селезенки; часто протекает с розеолезной сыпью.

Паратиф (А и В) - острая инфекционная болезнь, по клиническому течению и патологоанатомической картине сходная с брюшным тифом.Брюшной тиф сопровождается сильной интоксикацией организма: слабостью, недомоганием, головной болью, высокой температурой. Возбудителем болезни является сальмонелла группы «А». Эти бактерии устойчивы во внешней среде. Выживают в овощах (фруктах) в течение 10 дней, масле сливочном - 25 дней, мясе - до 90 дней. Оптимальная температура развития для них - 37ºС. Выдерживают нагревание до 50º Св течение часа.

Заражение происходит от больного человека или бактерионосителя. Возбудители выделяются в окружающую среду с испражнениями и мочей, попадают в организм здорового человека при употреблении им загрязненной воды или продуктов. Попав через рот в организм человека они попадают в кровь и выделяют токсин, оказывающий отравляющее действие на организм, особенно на сердечно-сосудистую и нервную системы. Для пищевых эпидемий характерны быстрое нарастание числа заболевших и стремительное распространение инфекции среди лиц, употреблявших инфицированные продукты. В заражении пищевых продуктов важную роль могут играть мухи.

В механизме развития брюшного тифа различают несколько фаз:

. фаза инфицирования, когда брюшнотифозная палочка попадает через рот в верхние отделы пищеварительного тракта и в просвет тонкой кишки;

. фаза первичной регионарной инфекции, когда бактерии проникают в регионарные лимфатические узлы, где интенсивно размножаются, что приводит к развитию воспалительного процесса;

. фаза бактериемии и токсинемии с развитием лимфаденитов и лимфангоитов;

. период мозгового набухания лимфоидных образований тонкой кишки;

. поступление возбудителя в кровь, циркуляция бактерий и их токсинов в крови, циркуляторные расстройства и дистрофические процессы во внутренних органах;

. фаза паренхиматозного распространения возбудителей - поражаются внутренние органы с развитием в них брюшнотифозных гранулем, токсическое поражение центральной нервной системы и возникновение кожной сыпи в результате заноса возбудителей в сосуды дермы и развития в ней продуктивно воспалительных изменений;

. выделительно-аллергическая фаза.

В процессе освобождения организма от бактерий брюшного тифа существенное значение имеет усиление функции выделительных систем: печени, кишечника, почек.

Атипичные формы брюшного тифа. При атипичных формах заболевания ряд характерных признаков брюшного тифа может отсутствовать. К атипичным относятся абортивная и стертая формы болезни. Абортивная форма имеет много общих черт с типичным течением болезни, но клиническая картина не достигает полного развития. Больные, как правило, трудоспособны.

Паратиф.

По эпидемиологии, механизму развития, морфологии и клинической картине паратифы А и В в основном сходны с брюшным тифом, но имеют некоторые особенности. Инкубационный период при паратифе А короче, чем при брюшном тифе (8-10 дней). Начало чаще острое, иногда сопровождается кашлем и насморком. При осмотре отмечаются покраснение лица, инъекция сосудов склер, герпес на губах. Температурная кривая имеет неправильный характер, чаще волнообразный или ремиттирующий.

Интоксикация, как правило, выражена умеренно, отсутствует характерный тифозный статус. У большинства больных заболевание протекает в форме средней тяжести, но могут наблюдаться и тяжелые формы с осложнениями (кишечное кровотечение, перфорация кишки, бронхопневмония). Рецидивы при паратифе А встречаются довольно часто.

Инкубационный период при паратифе В составляет 5-10 дней, но может быть и более продолжительным. Заболевание начинается остро, сопровождается выраженным ознобом, болями в мышцах и потливостью. В начальный период болезни явления интоксикации могут сочетаться с симптомами острого гастроэнтерита.

Осложнения. Из специфических осложнений брюшного тифа наибольшее значение для исхода заболевания имеют кишечное кровотечение, перфоративный перитонит и инфекционно-токсический шок. К числу неспецифических осложнений относятся пневмонии, тромбофлебиты, менингиты, пиелиты, паротиты. Прогноз при неосложненном брюшном тифе благоприятный.

Лечение и профилактика.

Лечение и исход брюшного тифа (паратифа) зависят от правильного ухода, диеты и своевременного назначения антибактериальных и патогенетических средств.

Большое значение в профилактике брюшного тифа имеют ранняя диагностика, изоляция и провизорная (с целью наблюдения) госпитализация больного, эффективная терапия с полным освобождением организма от возбудителя. Перед выпиской больного при выздоровлении в стационаре с интервалом в 5 дней проводят трехкратное бактериологическое исследование кала и мочи и однократное - желчи. При обнаружении возбудителя в кале, моче или желчи выздоравливающего подвергают интенсивному лечению в стационаре.

Переболевшие брюшным тифом состоят на учете в течение 2 лет, а лица, работающие на пищевых предприятиях, - на протяжении 6 лет. В очаге проводят текущую и заключительную дезинфекцию. За контактными устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с ежедневной термометрией. Проводится однократное бактериологическое исследование кала и мочи. Специфическая профилактика в очаге включает в себя назначение бактериофага всем контактным.

.6 Пищевые токсикоинфекции

Пищевые токсикоинфекции представляют обширную группу острых инфекционных заболеваний человека, вызываемых различными микробами и их токсическими веществами при употреблении инфицированных пищевых продуктов. Болезнь сопровождается общей интоксикацией, повышенной температурой, расстройствами сердечно-сосудистых функций (вплоть до, развития коллапса) и симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта.

Этиология. Возбудители пищевых токсикоинфекции составляют обширную группу бактерий (до 530), важнейшими из которых являются бактерии группы Salmonella, названные по имени микробиолога Салмона, в том числе наиболее часто встречающиеся бактерии Бреслау, палочки Гертнера и многие другие. Помимо сальмонелл, токсикоинфекции могут быть вызваны условно патогенными бактериями, стафилококками, стрептококками и даже кишечной палочкой. Развитие пищевых токсикоинфекции, вызываемых условно патогенными микробами, определяется массивным инфицированием, снижением защитных свойств организма, расстройством функций желудка и кишечника.

В инфицированных пищевых продуктах возбудители токсикоинфекции могут сохраняться на протяжении ряда дней.

Эпидемиология. Наиболее частой причиной пищевых токсикоинфекции служит употребление мяса и рыбы, инфи цированных бактериями группы Salmonella, мяса уток и гусей, а также утиные и гусиные яйца. Неоднократно наблюдались спорадические заболевания и вспышки токсикоинфекции, вызванных употреблением инфицированного молока.

Пищевые токсикоинфекции могут быть вызваны патогенными стафилококками в тех случаях, когда приготовлением пищи, особенно крема для пирожных и тортов занимались люди, страдавшие гнойничковыми заболеваниями кожи рук. При нарушении санитарно-гигиенического режима на пищевых блоках (кухни, раздаточные пищи) возможно заражение продуктов как патогенными, так и условно патогенными (вульгарный протей, кишечная палочка) микробами.

Механизм развития и клиническая картина пищевых токсикоинфекций во многом зависят от вида и дозы экзотоксина, а также других токсических веществ бактериального происхождения, содержащихся в продукте питания.

Клиническая картина.

Инкубационный период продолжается от 30 мин до 24 ч (чаще 2-6 ч). Клиническая картина пищевых токсикоинфекций, вызванных различными возбудителями, имеет много общего и представлена сходной симптоматикой. Начало заболевания острое. Появляется тошнота, к которой вскоре присоединяется рвота (повторная, неукротимая, изнуряющая). Начинается понос, стул жидкий, водянистый, до 10-15 раз в сутки, обычно не содержит слизи и крови. У значительной части больных заболевание не сопровождается сильными болями в животе и повышением температуры тела, но иногда бывают схваткообразные боли в животе и кратковременная высокая температура. Помимо желудочно-кишечной симптоматики, наблюдаются озноб, повышение температуры тела, умеренная головная боль, слабое недомогание. Повышение температуры тела до 39-40°С происходит в первые часы болезни, а через 12-24 ч она, как правило, снижается до нормы.

Кратковременный характер течения пищевых токсикоинфекций связан с непродолжительным пребыванием их возбудителей в организме человека.

Токсикоинфекции возникают только в тех случаях, когда создаются благоприятные условия для размножения и обильного накопления этих микроорганизмов в пищевом продукте и поступления с пищей в организм человека.

Диагноз. В распознавании пищевой токсикоинфекций основную роль играет учет клинической картины болезни и данных эпидемиологии (связь данного заболевания с употреблением инфицированного пищевого продукта), дополняемых бактериологическими и серологическими исследованиями; необходимы повторные посевы кала, крови, рвотных масс и промывных вод желудка на среду Плоскирева. Начиная с 8-10-го дня болезни можно ставить реакцию агглютинации диагиостикума или аутоштамма с сывороткой крови больного; реакцию следует повторять через 4-6 дней, отмечая нарастание титров.

.7 Вирусные кишечные инфекции

Вирусные кишечные инфекции являются группой различных острых инфекционных заболеваний, для которых характерны признаки общей интоксикации и преимущественное поражение желудка и тонкого кишечника или их сочетание, гастроэнтерит или энтерит.

Наиболее часто желудочно-кишечные нарушения наблюдаются при заболеваниях вызванных ротовирусами.

Ротовирусы во многом сходны по строению с ротовирусами, размножаются в слизистой тонкой кишки и верхних дыхательных путях, чем и обусловлено поражение этих отделов организма. Реовирусы, в отличие от ротавирусов, поражают не только человека, но и животных.

Ротовирусной инфекцией можно заразиться от больного человека. Основная масса вирусов выделяется у больного со стулом. В 1 г фекалий может находиться до 10 млрд вирусов. Вирусоносители также являются источником заражения. Заражаются фекально-оральным путем (с пищей, через грязные руки), но может быть и воздушно-капельный путь передачи. Чаще болеют в осенне-зимний период.

Главный путь распространения инфекции - воздушно-капельный, но не исключена передача через воду, пишу и контактно-бытовым путем.

Ротовирусной инфекцией заболевают в промежуток от 15 ч до 3-5 суток, но не более 7 суток. Самый большой промежуток во времени при аденовирусной инфекции - 6-9 дней. Ротовирусная инфекция начинается у подавляющего большинства больных в течение первых суток. Отмечаются умеренные признаки интоксикации.

Аденовирусная инфекция характеризуется более продолжительной интоксикацией и лихорадкой, что объясняется более продолжительной циркуляцией вируса в крови. Температура тела может повышаться свыше 38 °С, лихорадка продолжается 5-7 дней. Со стороны желудочно-кишечного тракта отмечаются признаки энтерита или гастроэнтерита. Стул жидкий, водянистый, около 5-7 раз в сутки, у части больных наряду с поносом имеется рвота в течение 1-2 дней. Характерным признаком аденовирусной инфекции можно считать увеличение лимфатических узлов. Могут увеличиваться печень и селезенка, часто бывает конъюнктивит.

Энтеровирусная инфекция с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта обычно протекает легко. Интоксикация сочетается с диареей в виде умеренно выраженного энтерита (жидкий, водянистый стул 5-7 раз в сутки). Но имеет место поражение других органов и систем организма: может отмечаться сыпь, больше на конечностях, поражаются верхние дыхательные пути, характерна ангина с появлением в зеве прозрачных пузырьковых элементов, и практически всегда отмечается увеличение печени и селезенки.

Лечения вирусных кишечных инфекций.

Лечение больных вирусными диареями особенно не отличается от стандартной терапии больных другими острыми кишечными инфекциями. В основе лечения вирусных диарей лежит нормализация недостаточности ферментов желудочно-кишечного тракта. Для этого назначают ферментные препараты, фестал, мексазу.

Противовирусное лечение проводится аналогично лечению острых респираторных вирусных инфекций. Для этого назначается комплекс противовирусных средств и общеукрепляющие средства (подробнее см. лечение ОРВИ).

Выводы по первой главе

Проанализировав литературные источники были сделаны следующие выводы:

.Острые кишечные инфекции (ОКИ)-группа заболеваний, обусловленных вирусами, бактериями или паразитами, для которых характерен фекально-оральный механизм передачи. Общими для данных инфекций являются факторы передачи: пищевые продукты, вода, инфицированные бытовые предметы, грязные руки. Первые симптомы возникают через несколько часов или дней после инфицирования, начало резкое, с появлением частого жидкого стула, рвоты. Боль в животе, признаков интоксикации.(лихорадки, озноба, тошноты).Заболевание может носить групповой характер и проявится у нескольких человек, употребивших инфицированную пищу или воду.

.Согласно официальной статистике, в России до 65-67%, заболевания этой группы составляют острые кишечные инфекции неуточненной этиологии. Если возбудитель инфекции не известен, эффективность противоэпидемических мероприятий ограничивается. Соотношение частоты выявления вирусных и бактериальных патогенов варьируется в разных возрастных группах: у детей до 3 лет на долю вирусных агентов приходится 80-90 % заболеваний, на долю бактериальных-10-20%; среди взрослых пациентов доля вирусных возбудителей снижается до 30%.

.За последнее время достигнуто значительное снижение заболеваемости кишечными инфекциями. Однако темпы этого снижения по сравнению с другими инфекционными болезнями замедленны. Наряду с этим имеются значительные успехи в снижении смертности от кишечных инфекций. Это явилось результатом улучшения материально-бытовых условий населения, улучшения способов лечения и всей системы медицинского обслуживания больных.

ГЛАВА 2.ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

.1 Характеристика базы исследования

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированное клиническая инфекционная больница» оказывает круглосуточную специализированную медицинскую помощь (в том числе и экстренную и неотложную) ГБУЗ «СКИБ».

Расчитано на 220 коек, которые состоит из:

. первое отделение воздушно-капельное;

. третье отделение кишечное отделение с ОРВИ;

. четвертое отделение кишечное;

. пятое отделение боксированное отделение для разных инфекций

.шестое отделение для детей до одного года жизни

.седьмое отделение нейроинфекций

. восьмое гепатитное отделение;

. реанимационное отделение.

.Дневной стационар расчитан на 30 коек, который состоит из:

а) Прививочного кабинета.

б) Клинико-диагностическое отделение:

бактериологический;

лаборатория ПЦР и ИФА;

клиническая лаборатория;

экспресс-лаборатория;

рентген-кабинет и УЗИ.

2.2 Анализ статистических данных по кишечным инфекциям в России и Краснодарском крае

Проанализировали результаты бактериологической диагностики пациентов с диареями. Всего было обследовано 20 человек. Оценка факторов риска острых кишечных инфекций на основе анкетирования населения г. Краснодара.

Выяснилось, что подготовку к употреблению овощей и фруктов, респонденты проводили по-разному. Некоторые мыли их под проточной водой- 80%, другие дополнительно пользовались щеткой-5%), некоторые ошпаривали их кипятком- 10%, а часть респондентов не мыла вовсе -5%.(см приложение №12).

Культура питания населения в последние годы обогатилась элементами национальных традиций, преимущественно европейских и азиатских блюд. Стали популярны отдельные блюда, приготовление которых предусматривает неполную термическую обработку продуктов, либо ее отсутствие. 50% опрошенных считает, что эти методы приготовили на основании употребления сырых и полуготовых блюд, которые можно считать фактором риска развития острых кишечных инфекций.

Алиментарный путь передачи возбудителей инфекции реализуется посредством множества факторов. Качественная связь между продуктами питания и заболеваемостью острыми кишечными инфекциями неоспорима.

В последние годы существенно расширился ассортимент выпускаемых продуктов, совершенствовалась их упаковка, претерпела изменение рецептура, а сроки реализации отдельных продуктов и готовых блюд многократно возросли. Несомненно, каждый из респондентов имел гастрономические приоритеты. Оценка преимущественно потребляемых продуктов позволила установить, что частота эпизодов диареи оказалась выше у населения, предпочитавших, употреблять комбинированные мясные рулеты, печень и другие субпродукты- 25% , отдельные кисломолочные продукты (варенец, ряженка, айран, тан). 70% фляжное молоко, рыбный фарш, бочковой квас-5 %. При неправильном хранении это может послужить источником инфекции, отмечают 100% респондентов.

Один из вопросов анкеты предлагал респонденту выбор возможного фактора передачи. В большинстве случаев предполагаемым фактором заражения послужили продукты питания - 45% %, в 15% - фактором передачи подозревалась вода, в 5 % - предметы быта, а 35 % пациентов - не знали с чем связать заболевание.

Известно, что качество продукта, его безопасность напрямую зависит от соблюдения правил приготовления и условий хранения и реализации в торговой сети. Широкое распространение получили как супермаркеты, так и магазины шаговой доступности, а также рынки и ларьки, где условия реализации, по нашему мнению, существенно отличаются. Опрос респондентов подтвердил разную степень риска развития диареи в зависимости от приоритетного места приобретения продуктов питания. Высокий риск заболевания по мнению респондентов имели те, которые приобретали продукты ларечного ассортимента - 70%. В меньшей степени это касалось лиц, приобретавших продукты в супермаркетах - 30%.

В последние годы среди населения набирают популярность предприятия общественного питания. Лишь 20% опрошенных не пользовались их услугами. Остальные питались вне дома 80%

Установлено, что факты заболевания диареей отмечались у лиц как употреблявших сырую воду, так и бутулированную- 100%.

При оценке благоустройства жилья как фактора риска установлено, что имел значение только фактор проживания в общежитии, где показатель заболеваемости составил 70% и 30%- благоустроенные дома.

Профилактика острой кишечной инфекции сводится к следующим мероприятиям:

) соблюдение правил личной гигиены;

) употребление кипяченой, бутилированной воды;

) мытье овощей, фруктов перед употреблением проточной водой, а для маленьких детей - кипяченой;

) тщательная термическая обработка необходимой пищи перед употреблением;

) краткосрочное хранение скоропортящихся продуктов в холодильнике;

) не накапливать мусор;

) следить за поддержанием чистоты в жилище и санитарное содержание туалетной комнаты и ванной.

.3 Анализ особенностей сестринского ухода при кишечных инфекциях

При рвоте повернуть голову на бок, подставить ко рту лоток, после рвоты дать больному прополоскать рот, лицо вытереть полотенцем. Рвотные массы необходимо показать врачу. При наличии диареи необходимо осмотреть стул, выявить наличие примесей крови, слизи, определить цвет, консистенцию, сделать отметку в медицинской карте стационарного больного.

При острых кишечных заболеваниях обращается особое внимание на строгое соблюдение санитарно-гигиенических правил и систематическое проведение текущей дезинфекции.

Профилактика внутрибольничного заражения. Медицинские сестры, осуществляя уход за инфекционными больными, постоянно контактируют с ними и, следовательно, подвергаются опасности заражения. Факторами передачи инфекции может быть воздух, инвентарь, предметы быта, медицинский инструментарий, столовые приборы, постельные и другие предметы, личные вещи больного, биологический материал от больного (секреты, стул, кровь, раневые выделения, элементы экзантем). Пути передачи инфекции различны. Поэтому медицинский персонал должен постоянно придерживаться профилактических мер с целью безопасности заражения инфекции, выполняя любую работу с каждым пациентом.

Для предотвращения инфекции осуществляется строгая изоляция больных, текущая и заключительная дезинфекция в палатах, постоянно поддерживается строгий противоэпидемический режим, используется защитная одежда при работе с больными, проводится иммунизация против ряда инфекционных заболеваний, дезинфекция и стерилизация оборудования. При медицинской аварии (повреждение целости кожи, слизистой оболочки) медицинская сестра должна своевременно и четко оказать самой взаимопомощь, доложить старшей медсестре и заведующему отделением.

Особого внимания требуют руки медсестры. Надлежащая защита рук - необходимая мера профилактики внутрибольничных инфекций.

Больных с кишечными инфекциями обеспечивают индивидуальными промаркированными горшками или подкладными суднами. Кал и мочу обеззараживают методом засыпания сухой хлорной известью в соотношении 1:5 или 10% маточным раствором с выдержкой времени 60 минут.

Больных распределяют таким образом, чтобы вновь поступающие не находились в одной палате с выздоравливающими или больными с осложнениями. По возможности проводят одномоментное заполнение палат и одновременную выписку.

Больным рекомендуют обязательно мыть руки перед едой и после посещения туалета. Постельное и нательное белье, полотенце меняют 1 раз в неделю после ванны или душа, а также по мере загрязнения. После выписки инфекционного больного постельное белье собирают в специальные мешки для дезинфекции и стирки, постельные принадлежности (одеяла, подушки, матрацы) и верхнюю одежду отправляют для камерного обеззараживания, кровать протирают дезинфицирующим раствором и до поступления следующего больного не застилают. Тумбочку больного и другие предметы в палате, бывшие в употреблении больного, протирают дезинфицирующим раствором.

Персонал инфекционного стационара верхнюю одежду хранит в индивидуальных шкафчиках отдельно от санитарной одежды. Не допускают использования сменной обуви из тканевых материалов. По окончании работы персонал проходит санитарную обработку. Халаты и косынки персонал меняет 2 раза в неделю.

Обслуживающий персонал, работающий в одном отделении, не имеет права входить в другое отделение без смены халатов, тапочек, маски. У двери изолятора (бокса) вывешивают халаты, косынки для обслуживающего персонала и устанавливают сосуд с дезинфицирующим раствором. Персонал при входе в бокс надевает косынку, халат, возвращаясь, снимает их и дезинфицирует руки. При входе в бокс, где лежит больной, и при выходе из него персонал обязан вытирать ноги о губчатый коврик или ветошь, смоченную в дезрастворе.

От правильности, слаженности и добросовестности медицинской сестры и младшего персонала зависит предотвращение распространения инфекции.

Уход при брюшном тифе и паратифах.

Уход за тяжелыми больными с брюшным тифом и паратифами обеспечивают так же, как и за всеми другими высоколихорадящими инфекционными больными. Из числа особенностей следует отметить возможность развития острого инфекционного психоза, кишечного кровотечения и перфорации кишечника, требующих специального ухода и оказания экстренной помощи. Инфекционный психоз развивается в разгаре заболевания.

Одним из ранних признаков его является чувство тревоги, бессонница, двигательное возбуждение. Делирий (бред) протекает с яркими галлюцинациями устрашающего характера. Больной при этом вскакивает с кровати, стремится убежать из палаты, скрываясь от мнимых преследователей, может выпрыгнуть из окна. При малейшем подозрении на развитие психоза у постели больного устанавливается индивидуальный пост с круглосуточным дежурством персонала.

При сильном возбуждении больному вводят 2 мл 2,5 % раствора аминазина, димедрола (1 мл 2 % раствора) и сульфата магния (10 мл 25 % раствора). Перфорация кишечника является одним из наиболее тяжелых осложнений брюшного тифа и паратифов, она происходит чаще всего на 3-4-й неделе болезни. Ранняя диагностика перфорации имеет большую роль. Если признаки перфорации обнаружены своевременно и срочно сделана операция, то жизнь больного оказывается в большинстве случаев вне опасности.

В том случае, когда с момента перфорации проходит больше 6 ч, развивается разлитой перитонит и прогноз становится крайне тяжелым. Кишечное кровотечение возникает в те же сроки, что и перфорация, - появляется кровь в испражнениях, падает артериальное давление, учащается пульс, появляются резкая слабость, падение температуры. При обнаружении кишечного кровотечения больному запрещают двигаться, принимать пищу и пить воду.

Над нижней частью живота подвешивают пузырь со льдом, переливают кровь, внутривенно вводят 10 % раствор хлористого кальция. В течение первых 12 ч после кровотечения больного не кормят и дают лишь небольшое количество подкисленной воды, теплого сладкого чая или фруктовых соков. Затем, если кровотечение не повторяется, разрешается съесть яйцо всмятку, желе, кисель. Постепенно диету расширяют и через 4-5 дней переходят на обычное питание. За больными брюшным тифом и паратифами необходимо следить, чтобы они соблюдали постельный и диетический режим. Больному разрешается садиться только с 9-10-го дня нормализации температуры тела, вставать с постели и постепенно начинать ходить с 14-15-го дня, если нет никаких неблагоприятных симптомов. Особенно внимательными надо быть в отношении лиц пожилого возраста, страдающих хроническими сердечно - сосудистыми расстройствами.

Для них срок пребывания на постельном режиме должен быть увеличен. При обычном течении тифопаратифозного заболевания больные получают диету № 2, за 5-7 дней до выписки их переводят на общий стол. При дисфункции кишечника в разгаре заболевания больному дают в течение нескольких дней стол № 4. В период выздоровления у больных нередко появляется резко повышенный аппетит, поэтому их необходимо сдерживать от переедания, оно может привести к дисфункции кишечника и спровоцировать рецидив болезни.

Дизентерия и другие острые диарейные кишечные инфекции.

Уделяют большое внимание санитарно-гигиеническим вопросам и текущей дезинфекции, особенно в туалетах. В летнее время имеет значение борьба с мухами. Все больным, поступающим в лечебное отделение для кишечных больных, а также лицам, остающимся на домашнем лечении, и их родственникам, проживающим в одной квартире, разъясняют правила личной гигиены, в частности мытье рук с мылом после туалета, перед приемом пищи и курением. В домашних условиях нужно научить больных и их родственников доступным методам текущей дезинфекции.

Медицинская сестра обязана следить за характером стула у кишечных больных и фиксировать результаты осмотра испражнений в истории болезни. За тяжелыми больными требуется особый уход. Недопустимо, чтобы больной находился в белье, испачканном фекалиями. Очень важно следить за поддержанием чистоты кожи в промежности и после каждой дефекации следует обмывать задний проход водой с мылом. У тяжелых кишечных больных в результате токсического расстройства терморегуляции и нарушения водно-солевого баланса резко повышается чувствительность к охлаждению. В связи с этим целесообразно согревать больных, обкладывая их грелками, особенно во время повторных ознобов.

Уход за инфекционными больными должен быть организован так, чтобы предотвратить распространение инфекции.

Больных с острыми инфекционными заболеваниями (тифы, дифтерия, дизентерия, полиомиелит, болезнь Боткина) госпитализируют в течение суток. Госпитализации подлежат также больные с тяжелым течением некоторых инфекций (грипп, ботулизм, столбняк).

До момента госпитализации и в инфекционной больнице постоянно проводится текущая дезинфекция. Концентрация дезинфицирующих веществ и время их воздействия различны в зависимости от характера возбудителя данной инфекции.

После госпитализации или смерти инфекционного больного специальная бригада проводит заключительную дезинфекцию: все мягкие вещи, с которыми соприкасался больной, отправляют в дезинфекционную камеру, белье, посуду, стены, полы дезинфицируют и моют.

Больной не должен выходить из комнаты или из палаты, даже если состояние его это позволяет. Ему не разрешается пользоваться канализацией и водопроводом. Для освобождения кишечника больному нужно дать горшок или судно, для освобождения мочевого пузыря - мочеприемник, для собирания мокроты - плевательницу, а для рвотных масс - тазик. Все выделения больного, а также остатки пищи нужно немедленно дезинфицировать, лучше всего порошком хлорной извести. Если больной еще не госпитализирован, то вся текущая дезинфекция проводится в его комнате.

Столовую посуду обеззараживают и моют сейчас же после употребления. Лучше всего посуду кипятить 30 минут в 1-2% растворе соды и мыла. Если же это невозможно, то посуду сначала освобождают от остатков пищи щеткой, моют и затем погружают на 0,5-1 час в 0,5-1% раствор хлорамина или 0,5% раствор хлорной извести. Металлическую посуду (ложки, вилки, ножи.) дезинфицируют 0,5-1% раствором хлорбетанафтола в течение 30 минут. Учитывая необходимость текущей дезинфекции, на каждого больного нужно иметь 2-3 комплекта предметов ухода и посуды.

Использованное нательное и постельное белье больного замачивают в течение 6-12 часов в 1% растворе кальцинированной соды и кипятят 1-1,5 часа либо опускают в кипящий мыльно-содовый раствор (1% мыла и 0,3% стиральной соды) из расчета 10 л раствора и 1 кг сухого белья, кипятят, помешивая, 2 часа, затем поласкают в трех сменах воды и сушат.

Полы в комнате больного моют водой с добавлением слабых растворов дезинфицирующих веществ. Панели стен, ручки дверей, спинки кровати и другие твердые предметы в комнате больного протирают 0,5% раствором хлорной извести, 1% раствором хлорамина или 3% раствором лизола. На пороге комнаты нужно положить коврик, смоченный дезинфицирующим раствором. В летнее время окна должны быть засетчены, а мухи в комнате уничтожены.

Особое внимание уделяют чистоте воздуха в помещении, где находится инфекционный больной. Комнату или палату систематически несколько раз в сутки проветривают. Проветривание не только создает лучшие условия для выздоровления больного, но и уменьшает степень заражения окружающих больного предметов. Кроме того, воздух можно обеззараживать ультрафиолетовыми лучами ртутно-кварцевых ламп.

Определенное значение для обеззараживания воздуха имеют и слабые, испарения хлора после влажной уборки хлорсодержащими дезинфицирующими средствами.

Пока инфекционный больной находится дома, ухаживать за ним должен кто-нибудь один, надев поверх платья халат из хлопчатобумажной ткани. Выходя из комнаты, нужно снять халат, вымыть руки и ополоснуть их 0,5% раствором хлорамина, а ноги обтереть о коврик.

В инфекционной больнице больного помещают в соответствующий корпус, а если диагноз неясен или имеется смешанная инфекция,- в бокс-изолятор.

Ухаживающему персоналу инфекционных больниц регулярно проводят предохранительные прививки.

Кроме того, чтобы не заразиться, ухаживая за больными, персонал должен быть дисциплинированным и хорошо подготовленным: знать путь заражения при каждой инфекции. Необходимо соблюдать следующие правила:

) не принимать пищу в отделении;

) мыть руки с мылом и дезинфицировать их после любого соприкосновения с больным, его выделениями и окружающими предметами;

) иметь индивидуальное полотенце, смоченное дезинфицирующим раствором (хлорамином или лизолом);

) не садиться на постель больного;

) при уходе за больным с капельной инфекцией (грипп, дифтерия, чума) защищать дыхательные пути многослойной марлевой маской или респиратором.

При уходе за сыпнотифозным больным необходимо надевать плотно застегивающийся комбинезон для защиты от вшей. Иногда приходится защищать глаза очками-консервами и работать в резиновых перчатках (чума, бешенство).

Чтобы ухаживающий персонал не перенес инфекцию от больных здоровым, полагается:

) приходя на работу, оставлять свою одежду и вещи в индивидуальном шкафчике; в другом шкафчике нужно хранить специальную одежду, рабочее платье и обувь, которые надевают перед работой и оставляют здесь же после нее;

2) нельзя переходить из отделения в отделение в одном и том же халате;

) никакие предметы, книги, записки и письма из инфекционных отделений выносить нельзя.

Инфекционные заболевания протекают с лихорадкой. Уход за лихорадящими больными требует особого внимания в течение всего периода лихорадки. Общее состояние лихорадящих больных часто бывает тяжелым: головная боль, боли в мышцах и суставах, бессонница, отсутствие аппетита, жажда, запор. В особо тяжелых случаях лихорадки может наступить потеря сознания, бред, во время которого больной может впасть в возбужденное состояние и убежать из отделения или выброситься в окна. Во время лихорадочного бреда больного кровать его затягивают сеткой, на голову кладут пузырь со льдом и внимательно следят за пульсом.

Часто лихорадка заканчивается быстрым снижением температуры (кризис). В этот период состояние больных бывает очень тяжелым: проливной пот, бледная синюшная кожа, сильная слабость, помутнение сознания, частое поверхностное дыхание, слабый частый пульс. Об ухудшении состояния больного во время кризиса нужно вовремя сообщить врачу, так как в это время больной может умереть. По назначению врача в этот период применяют сердечнососудистые средства.

Лихорадящих больных нужно очень часто поить, не дожидаясь их просьбы. Можно давать больному слабый чай, отвар компота, морс, фруктовые соки. Кормят лихорадящих больных 5-6 раз в сутки жидкой, полужидкой высококалорийной, легкоперевариваемой, богатой витаминами пищей (бульон, сливки, кисель, омлет, протертые каши, мясное суфле). Следует проверять передачи больным, чтобы он случайно не съел недозволенную ему пищу и не нанес себе непоправимый вред, как это возможно, например, при брюшном тифе.

Уход за полостью рта лихорадящего больного имеет очень большое значение. Работа кишечника у инфекционных больных бывает нарушена, необходимо наблюдение за частотой освобождения кишечника и характером испражнений. Нужно уметь выполнить назначенную врачом клизму, как очистительную, так и лекарственную. Иногда инфекционные больные страдают от вздутия кишечника, в этом случае применяют газоотводную трубку.

У лихорадящего инфекционного больного, находящегося в бессознательном состоянии, может быть непроизвольное освобождение кишечника и мочевого пузыря, а также задержка мочи и кала (запор). Матрацы больных с непроизвольной дефекацией и мочеиспусканием обшивают клеенкой или кладут клеенку под таз больного на простыню и сверху покрывают ее небольшой простынкой, которую меняют после каждого загрязнения. Можно также периодически подкладывать под больного надувное резиновое судно. После каждого загрязнения кожи больного его нужно подмывать и насухо обтирать кожу. Задержку мочи можно обнаружить только при внимательном наблюдении за больным. В мочевом пузыре может скапливаться до 2 л мочи. Чтобы мочевой пузырь освободился, кладут грелку на низ живота; если же это не помогает, вводят катетер.

Чем слабее лихорадящий больной, тем больше нужно заботиться о чистоте его тела: делать ежедневное обтирание, умывать, подмывать, мыть руки и ноги, подстригать ногти на руках и ногах, расчесывать волосы и протирать кожу волосистой части головы одеколоном. Необходимо применять все описанные выше меры предупреждения пролежней.

Нужно также внимательно следить за соблюдением предписанного врачом режима физического покоя: чтобы больные не садились и тем более не вставали с постели. При некоторых инфекциях (тифы брюшной, сыпной ) нарушение режима может привести к осложнению и даже гибели больного.

2.4 Анализ особенностей сестринской деятельности наблюдений за пациентами с кишечными инфекциями

Уход необходимый больному в период повышения температуры.

В первой стадии лихорадки, когда наблюдается увеличение температуры, у больного наблюдаются мышечная дрожь, головная боль, недомогание. В этот период больного необходимо согреть, уложить в постель и внимательно наблюдать за состоянием различных органов и систем организма.

Уход необходим больному в период постоянно повышенной температуры. Во второй стадии лихорадки температура постоянно повышена, что характеризуется относительным равновесием процессов теплопродукции и теплоотдачи. В этот период озноб и мышечная дрожь ослабевают, однако наблюдаются общая слабость, головная боль, сухость во рту. Во второй стадии могут наблюдаться выраженные изменения со стороны центральной нервной системы, а также сердечно-сосудистой системы.

На высоте лихорадки возможны бред и галлюцинации, а у маленьких детей - судороги. Необходим в это время тщательный уход за полостью рта больных, смазывание трещин рта, питание назначают дробное, а питье - обильное. При длительном пребывании пациентов в постели проводят обязательную профилактику пролежней.

Особенности ухода за больным в стадии снижения температуры.

Третья стадия лихорадки - стадия снижения или спада температуры характеризуется значительным преобладанием теплоотдачи над теплопродукцией вследствие расширения периферических кровеносных сосудов, значительного увеличения потоотделения.

Лизис и кризис температурящего больного. Медленное падение температуры, которое происходит в течение нескольких дней носит название лизиса. Быстрое, часто в течение 5-8 часов, падение температуры от высоких значений (39-40 °С) до нормальных и даже субнормальных значений называется кризисом.

Опасность кризиса для больного. В результате резкой перестройки механизмов регуляции сердечно-сосудистой системы кризис может нести с собой опасность развития коллаптоидного состояния - острой сосудистой недостаточности, которая проявляется резкой слабостью, обильным потоотделением, бледностью и цианозом кожных покровов, падением артериального давления, учащением пульса и снижением его наполнения вплоть до появления нитевидного.

Осуществление ухода за больным в период кризиса. Критическое падение температуры тела требует от медицинских работников принятия соответствующих мер: введения препаратов, возбуждающих дыхательный и сосудодвигательный центр (кордиамин, кофеин, камфара), способствующих усилению сердечных сокращений и повышению артериального давления (адреналин, норадреналин, мезатон, сердечные гликозиды, кортикостероидные гормоны).

Больного обкладывают грелками, согревают, дают ему крепкий горячий чай или кофе, своевременно меняют нательное к постельное белье.

Соблюдение всех требований ухода за лихорадящими больными, постоянное наблюдение за их состоянием, прежде всего за функциями органов дыхания и кровообращения, позволяют вовремя предотвратить развитие тяжелых осложнений и способствуют скорейшему выздоровлению больных.

2.5 Планы сестринского процесса для конкретного пациента

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.Осуществлять комплекс мероприятий по уходу за пациентом (умывание, обтирание, смена нательного и постельного белья.) при диарее | Для соблюдения правил личной гигиены. |
| 4. Обеспечить пациенту физический и психический покой | Для улучшения психоэмоционального состояния пациента |
| 5. Обеспечить соблюдение постельного | 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 ) | Для облегчения состояния |
| 2. Обеспечить введение жаропонижающих (Парацетамол, Ибупрофен, Аспирин) | Для снижения температуры тела |

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

Наблюдение из практики 2

Больная Н., 22 лет, студентка педагогического института, находилась на сельхоз-работе. 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 концу недели лечения.

|  |  |
| --- | --- |
| Сестринское вмешательство: |  |
| План | Мотивация |
| Независимые сестринские вмешательства |  |
| 1. Осуществить комплекс мероприятий по уходу за пациентом (умывание, обтирание, смена нательного и постельного белья.) | 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 улучшения состояния пациента |
| 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.

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 №2).

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.

2.6 Рекомендации медицинской сестры по инфекционной безопасности при кишечных инфекциях

Профилактика кишечных инфекций(таких как сальмонеллез, дизентерия, холера, иерсиниоз, брюшной тиф) заключается в следующем:

)организуйте раздельное хранение мяса и рыбы от готовых блюд в холодильнике;

)обязательно промывайте фрукты и овощи перед приготовлением;

)для профилактики кишечных инфекций зелень лучше замочить на 5-7 минут в воде, а потом промыть проточной водой;

)салаты храните не более 2-3 часов даже в холодильнике;

)не совершайте покупки на стихийных рынках, где не ведется контроль качества продукции;

)обязательно проверяйте сроки годности и не употребляйте продукты по истечению срока годности с целью профилактики кишечных инфекций;

)уберегайте пищу от насекомых и грызунов;

)пейте только кипяченую воду либо купленную в магазинах;

9)профилактика кишечных инфекций включает гигиену рук перед едой и после посещения туалета и мест общественного пользования;

)употребляйте только кипяченое молоко;

)избегайте контактов с больными, страдающими кишечными инфекциями;

)выделите больному личное полотенце и другие предметы гигиены;

)подвергайте мясные, рыбные блюда и блюда из яиц тщательной термической обработке;

)не храните готовые блюда без холодильника более 2 часов, а в холодильнике не более 2 суток;

)не грызите ногти;

)для профилактики кишечных инфекций никогда не употребляйте продукцию, в качестве которой вы сомневаетесь.

Вышеописанные меры профилактики кишечных инфекций помогут вам избежать заражения возбудителями острой кишечной инфекции.

На основании проведенных исследований были сделаны выводы:

.Из проведенного анализа заболеваемости кишечными инфекциями в России и в Краснодарском крае видно, что заболеваемость растет, этиология заболеваемости различна, в основном болеют дети.

.Проведя анализ карт стационарного больного, можно сделать вывод, о том что при различных клинических проявлениях кишечных инфекций необходим особых 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(диете № 2).

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

.Сестринский уход за пациентами с кишечными инфекциями должен быть строго индивидуален, направлен на удовлетворение потребностей пациента, улучшение его состояния и следственно на повышение качества жизни.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

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 наблюдение из практики, можно сделать вывод, что цель нашей работы достигнута.

При выполнении работы все поставленные задачи были решены. А именно:

.Проведен анализ научной литературы, выявлено, что острые кишечные инфекции-группа заболеваний, обусловленных вирусами, бактериями или паразитами, для которых характерен фекально-оральный механизм передачи

.Исследованы статистические данные по распространенности кишечных инфекций в Краснодарском крае и в России.

. Проанализированы особенности сестринского ухода при различных видах кишечной инфекции. Осуществляя сестринский процесс медицинская сестра должна быть коммуникабельной, чтобы выявить нарушенные потребности и проблемы пациента, уметь оценить способность к самоуходу. Стараясь использовать при работе с пациентами все этапы сестринского процесса, что это позволяет повысить качество сестринской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время заболеваемость кишечными инфекциями в России и Краснодарском крае остается достаточно высокой. Острые кишечные инфекции занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости, особенно среди пациентов детского возраста.

Цель и задачи исследования выполнены, гипотеза( предупреждение и своевременное выявления факторов риска и профилактики возникновения кишечных инфекций будет способствовать снижению летальности и предупреждения развития эпидемий) подтверждена.

Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской помощи пациентам с кишечными инфекциями. Результаты исследования могут быть использованы в учебном процессе колледжа при изучении студентами специальности «Сестринское дело » ПМ. 02. «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах». МДК 02.01. Р.4 «Сестринский уход при различных состояниях и заболеваниях в клинике инфекционных болезней».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Актуальные проблемы холеры / Под ред. В.И. Покровского и Г.Г. Онищенко. - М., 2009.

.Антонова Т.А. и другие Инфекционные болезни. 2013 г.

.Белоусова А.К. Инфекционные болезни для фельдшера [Текст]: учебное пособие / Белоусова А.К., Дунайцева В.Н. - Ростов н/Д Феникс, 2012. - 320 с. 4.Белоусова А.К. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии [Текст] / Белоусова А.К. - Ростов н/Д : Феникс, 2009 - 384 с.

.Бунин К.В. Инфекционные болезни. 2012 г

.Васильев В. С. Практика инфекциониста. 2011 г

.Инфекционные болезни [Текст] : учебник. - СПб : ООО"ФОЛИАНТ", 2009. - 320 с.

.Большая медицинская энциклопедия.- М.: Эксмо, 2007.- с. 202-204,611- 615, 685-688, 742-744

.Верткин А. Л. «Скорая помощь». Руководство для фельдшеров и медсесестер.- М.: ЭКСМО, 2010.

.Гитун Т.В. Острые кишечные инфекции. Как с ними бороться2008.- 64с

.Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник/ В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 816с.

.Клинико-лабораторная диагностика инфекционных болезней. (Рук.для врачей./Ю.П.Финогеев, Ю.В.Лобзин, Ю.А.Винакмен, С.М.Захаренко, Ю.Н.Громыко, А.Н.Усков.- Санкт-Перербург, Фолиант.-2001.-371с.

. Краткая медицинская энциклопедия.- М.: Сов.энциклопедия, 1989.- с.411-413, с. 28-29, 330-331, 189-191

. Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Семенков Н. Н. Сестринское дело в терапии - ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. - 544с.:

ил., табл

.Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеева В.С. Внутренние болезни. - М.: ГЭОТАР Медицина, - 2002. С - 128-140.

.Малов В.А. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии [Текст] : учебник / Малов В.А. - М : Академия, 2010. - 352 с.

.Мухина С. А. и другие. Общий уход за больным. 2009 г

.Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского ухода. 2011 г

.Подлевский А.Ф. Медсестра кабинета инфекционных заболеваний. 2009 г.

.Покровский В.И., Килессо В.А. Ющук Н.Д.и др. Сальмонеллезы.- Ташкент, 2010.

.Покровский В.И., Ющук Н.Д. Бактериальная дизинтерия. - М., 2009

.Рубашкина Л.А. и другие. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ инфекции и эпидемиологии. 2010 г.

.Титаренко Р.В. Сестринское дело при инфекционных болезнях и курсе ВИЧ-инфекции и эпидемиологии [Текст] / Титаренко Р.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2009. - 600 с.

.Новокшонов А.А., Острые кишечные инфекции: современные подходы к лечению // «Новая аптека» № 8, 2005 год.

.Отвагина Т.В. Неотложная медицинская помощь: учебник. - Изд. 2-е - Ростов н/Д: Феникс, 2007.

. Полный медицинский справочник фельдшера.- М.:Эксмо, 2013.- с.283-284, с. 100-106

.Справочник фельдшера.- М. Медицина, 1983 С.68-111

.Фадеева Т.Б. Медицинская энциклопедия. Профилактика, лечение самых распространенных заболеваний.- Мн.: Белорусский Дом печати, 2004.- с.154.

, 169, 171.

.Ширикова Н. В., Островская И. В. Основы сестринского дела (Алгоритмы манипуляций по сестринскому делу) /Учебное пособие - 2-е изд., испр. И доп. - М.: «АНМИ», 2007. - 110 с.

.Шувалова Е.П. «Инфекционные болезни». - М.: Медицина. - 2001. - 380с.

.Эпидемиология: Учеб.пособие./ Ющук Н. Д., Мартынов Ю. В. -- 2-е изд., перераб. и доп. -- М.: Медицина, 2003. -- 448 с:

. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е., Ахмедов Д.Р. Диагностика и дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций, М., 1998.

.Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Лечение острых кишечных инфекций, М.: Медицина, 1998

.Ющук Н. Д., Мартынов Ю. В., Кулагина М. Г., Бродов Л. Е.Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 402 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1.Источники и пути передачи возбудителей инфекционных болезней

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название болезни | Источник инфекции | Пути передачи возбудителей инфекционных болезней |
| Амебиаз | Больной человек, цистоноситель | Заражение человека происходит при употреблений инфицированных цистами пищевых продуктов, воды. При занесении цист в организм грязными руками, через инфицированные предметы домашнего обихода, игрушки и др. Возбудителей могут распространять мухи |
| Ботулизм | Возбудитель ботулизма широко распространен в природе. Его можно обнаружить в кишечнике животных и человека. Считают, что возбудитель ботулизма является сапрофитом кишечника животных и человека | Заболевание связано с употреблением в пищу продуктов, содержащих возбудителей ботулизма и их токсины. В последние годы заболевания участились в связи с употреблением в пищу грибов и овощей домашнего консервирования, окороков домашнего приготовления |
| Дизентерия | Источником инфекции является человек, больной дизентерией реконвалесцент | Факторами передачи возбудителей являются зараженные фекалиями больных пищевые продукты (особенно молочные), вода. Удельный вес контактно-бытового пути распространения инфекции в настоящее время значительно снизился. Возбудителей дизентерии могут переносить мухи |
| Кишечные коли-инфекции (эшерихиозы) | Основным источником эшерихиозов является больной человек, бактерионоситель | Путь передачи инфекции: водный, пищевой, меньшее значение имеет контактно-бытовой путь передачи инфекции |
| Сальмонеллез | Источниками инфекции являются: больные домашние животные (крупный рогатый скот, свиньи, кролики, козы, овцы, лошади), грызуны, птицы и больной человек | Основной путь передачи - пищевой, не исключается и контактно-бытовой |

Алгоритм морфологической диагностики кишечных инфекций



Характеристика путей передачи брюшного тива



Характеристика путей передачи сальмонеллеза



Характеристика путей передачи дизентерии



Средние показатели статистических данных по Краснодарскому краю

|  |  |
| --- | --- |
| год | Количество пациентов |
| 2012 | 128448 |
| 2013 | 122924 |
| 2014 | 123645 |

Средние показатели статистических данных по России

|  |  |
| --- | --- |
| годКоличество пациентов |  |
| 2012 | 522446 |
| 2013 | 520314 |
| 2014 | 523456 |

Особенность сестринской деятельности наблюдения за пациентами с сальмонеллезом

|  |  |
| --- | --- |
| Назначение врача | Выполнение манипуляций |
| Диета № 2 |  |
| Первичная регидратация-регидрон -1500 мл дробными порциями по 50 мл в течение2 часов | Выпаивание через каждые 10-15 мин по 50 мл |
| Глюкосалан внутривенное введение 700мл 4 раза в день, температура раствора 38 градусов | Внутривенно -капельное введение |
| Ципофроксоцин по 1 грамму внутримышечно 2 раза в день | Внутримышечно 2 раза в день |
| Таблетки фаразолидон 0,02 г 4 раза в день | Внутрь 4 раза в день |

Особенность сестринской деятельности наблюдения за пациентом с дизентерией

|  |  |
| --- | --- |
| Назначение врача | Выполнение манипуляций |
| Диета № 2 | Следить за соблюдением диеты |
| 250 мл физиологического раствора | Внутривенно -капельное введение |
| 250 мл 5 % глюкозы | Внутривенно-капельное введение (медленно) |
| Фуразалидон 0,1г 4 раза в день | Внутрь 4 раза в день |
| Фестал по 1 таб.3 раза в день | Внутрь 3 раза в день |

Анализ анкетирования пациентов подготовки к употреблению овощей и фруктов.



% мыли руки под проточной водой;

%-ошпаривали кипятком;

%-мыли щеткой;

%-не мыли вовсе.

Анализ высокого риска заболевания острой кишечной инфекции при употреблении продуктов приобретенных в ларьках.



%-приобретали продукты ларечного ассортимента;

%-приобретали продукты в супермаркетах.

Анализ факторов заражения через продукты питания.



% - фактором заражения послужили продукты питания;

% - человек не знали с чем связать заболевание;

% - фактором подозревалась вода;

% - предметы быта.