Государственное образовательное учреждение Ярославской области Рыбинский педагогический колледж

Контрольная работа

По дисциплине

«Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста»

на тему

«Кишечные инфекции у детей. Симптомы и профилактика в детском саду»

Студент группы Д 41 Царева Н.С

Руководитель Шапиро Т.Г

Рыбинск 2010г.

Содержание работы

Введение

. Кишечные инфекции у детей

.1 Возбудители и пути заражения

.2 Классификация кишечных инфекций

.2.1 Классификация острых кишечных инфекций по структуре (этиологии)

.2.2 Классификация острых кишечных инфекций по клинической форме 4 заболевания ( посиндромный диагноз).

.2.3 Классификация острых кишечных инфекций по тяжести заболевания

.2.4 Классификация острых кишечных инфекций по характеру стула

2. Симптомы и протекание болезни

3. Профилактика кишечных инфекций в детском саду

. Карантинные меры при выявлении ОКИ в детском саду

Заключение

Список источников и литературы

Введение

Откуда берётся кишечная инфекция?

Кишечные инфекции обитают повсюду - они оседают на овощах, фруктах, ягодах, на шерсти животных, оседают на грязных ладошках. А особенно эти вредоносные микроорганизмы опасны летом, когда благодаря жаре им обеспечена наиболее оптимальная температура для размножения.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) - это группа инфекционных заболеваний человека, вызываемых патогенными (шигеллы, сальмонеллы и др.) и условно-патогенными бактериями (протей, клебсиеллы, клостридии и др.), вирусами (рота-, астро-, калици-, группы Норфолка и др.) и простейшими (амеба гистолитика, криптоспоридии, балантидия коли и др.), характеризующихся поражением желудочно-кишечного тракта с развитием симптомов токсикоза и дегидратации ( обезвоживания, эксикоза).

Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени занимали ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным инфекциям.

По данным Всемирной Организации здравоохранения в нашей стране ежегодно фиксируется не менее 500 тыс. острых кишечных инфекций у детей. Главным защитным звеном желудочно-кишечного тракта, которое стоит на пути проникновения болезнетворных микробов, является кишечный слизистый барьер, одним из основных компонентов которого является секреторный иммуноглобулин А, выработка которого у детей снижена. Кроме того, у детей, в отличие от взрослых, слабее другие защитные системы желудочно-кишечного тракта: у них вырабатывается меньше соляной кислоты в желудке и меньше секреция поджелудочной железы, желчи, которые также препятствуют внедрению болезнетворных микробов.

У детей в отличие от взрослых чаще отмечаются тяжелые формы кишечных инфекций, так как у них быстрее наступает обезвоживание, в результате потери воды с рвотой и жидким стулом, а клетки детей, как известно, на 90% состоят из воды и солей.

Следует отметить, что при возникновении любой инфекционной патологии, в том числе и кишечных инфекций, имеет значение не только количество и болезнетворность микробов, попавших в желудочно-кишечный тракт малыша, но и исходное состояние здоровья ребенка.

1. Кишечные инфекции у детей

.1 Возбудители и пути заражения

Кишечные инфекции вызываются разными микроорганизмами: вирусами, бактериями, грибами, простейшими, у нас в стране это преимущественно бактерии: дизентерийная палочка, сальмонеллы, эшерихии. Встречаются и другие бактериальные инфекции. У маленьких детей их возбудителем могут стать условно-патогенные бактерии - микробы, которые входят в состав нормальной микрофлоры, но при определенных условиях вызывают заболевание. У детей первого года жизни такими условиями является незрелость иммунной системы, частый бесконтрольный прием антибиотиков.

Возбудителями кишечных инфекций могут быть и вирусы; самая распространенная среди таких инфекций - ротовирусная, это так называемый «желудочный грипп», которым обычно болеют в зимнее время.

Основной путь заражения кишечными инфекциями - фекально-оральный, при котором возбудитель заболевания проникает в рот ребенка. Такой путь заражения реализуется через загрязненные воду, игрушки, соски, еду, предметы обихода. Так, взяв в рот упавшую игрушку или соску, ребенок может получить порцию возбудителей кишечных инфекций.

Летом возбудителей кишечных инфекций нередко находят в водоемах, особенно стоячих. Ребенок может заразиться, не только попив воды, но и вдохнув ее или заглотив брызги.

Любые микробы и вирусы могут попадать в рот малышу от родителей или людей, которые ухаживают за ребенком, через грязные руки взрослых. Такой путь наиболее вероятен при кормлении самостоятельно приготовленными соками из недостаточно промытых фруктов и ягод.

Заражение может произойти и при контакте детей с инфицированными животными, если ребенок, погладив животное, на шерсти которого находились возбудители кишечных инфекций, затем берет руки в рот или немытыми руками трогает игрушки, а тем более пищу.

.2 Классификация кишечных инфекций

.2.1 Классификация острых кишечных инфекций по структуре (этиологии)

Дизентерия ( шигеллез). Занимает первое место среди заболеваний у детей, особенно дошкольного и школьного возраста. Дизентерийная палочка чаще попадает в желудочно-кишечный тракт с некачественными молочными продуктами, водой.

Сальмонеллезы. Поражаются дети всех возрастных групп. Сальмонеллы, наиболее частые возбудители острых кишечных инфекций, широко распространенные во всем мире благодаря промышленному птицеводству, чаще всего попадают в желудочно-кишечный тракт с мясом птицы и яйцами. Во время потрошения зараженных кур эти бактерии заражают всю линию, на которой обрабатывается мясо птицы. Сальмонеллы устойчивы к замораживанию, погибают только при тепловой обработке. Но если нести из магазина мясо зараженной птицы в одном пакете, к примеру, с хлебом, то в дальнейшем заражение произойдет именно через хлеб, а не через курицу, подвергшуюся тепловой обработке. При наличии небольших трещин на яйцах в них также возможно попадание сальмонелл, поэтому яйца также могут стать источником заражения. Сальмонеллы распространяются и через молоко.

Коли инфекции ( эшерихиозы).

Кишечные заболевания, вызванные стафилококком ( в основном патогенным штаммом Staphilococcus aureus), иерсиниями ( в частности Yersinia enterocolitica), энтерококком, кампилобактер, представителями условно-патогенной флоры ( протей, клебсиелла - абсолютно нечувствительна к антибиотикам, цитробактер), грибы рода Candida ( поражение всего ЖКТ вследствие того что у детей имеется физиологический иммунодефицит).

Вирусные кишечные инфекции. Наибольшее значение имеют такие вирусы как: ротавирус. Также имеют значение в возникновении кишечного синдрома: аденовирус ( одномоментно может быть ряд симптомов: насморк, кашель, конъюнктивит, выраженный понос и т.д.); энтеровирус (это возбудитель энтеровирусных заболеваний которые могут протекать с менингитом, полиомиелитоподобным синдромом , в том числе с диарейным синдромом и сыпью). В основном инфицирование энтеровирусом идет при купании в водоемах в которые идет коммунально-бытовой сток.

Данный перечень возбудителей ОКИ далеко не полон, многие из них недостаточно изучены, открываются все новые возбудители ОКИ.

.2.2 Классификация острых кишечных инфекций по клинической форме заболевания ( посиндромный диагноз)

Острый гастрит, когда заболевание характеризуется только синдромом рвоты, нет расстройств со стороны кишечника. Это бывает у детей старшего возраста при пищевых отравлениях.

Острый энтерит: отсутствует синдром рвоты, но есть синдром диареи - стул частый, жидкий.

Острый гастроэнтерит встречает чаще всего: есть синдром рвоты, обезвоживания, диареи.

Острый энтероколит - поражение всего кишечника

.2.3 Классификация острых кишечных инфекций по тяжести заболевания

Типичные формы: легкая, среднетяжелая, тяжелая. Тяжесть определяется по: высоте температуры, частоте рвоты, частоте стула, выраженности симптома интоксикации и обезвоживания.

Атипичные формы:

· Стертые формы: скудный симптомокомплекс - кашицеобразный стул 1-2 раза, субфебрильное однократное повышение температуры отсутствие рвоты, состояние удовлетворительное. Диагноз ставится по бактериологическому и серологическому подтверждению.

· Бессимптомная форма: полная отсутствие каких-либо симптомов. Диагноз ставят по высеву ребенка.

· Бактерионосительство - это полное отсутствие клинических проявлений, имеется лишь транзиторное, однократное выделение микроба. Ставить такой диагноз достаточно рискованно, потому что возможности обследования в амбулаторных условиях нет.

· Гипертоксическая форма. Заболевание развивается очень бурно, остро, с развитием иногда инфекционно-токсического шока (1-3 степени), характеризующееся выраженными токсическими симптомами и практически отсутствием местных изменений (кишечник интактен так как изменения не успевают развиться).

При острых кишечных инфекциях инфекционно-токсический шок встречается редко.

.2.4 Классификация острых кишечных инфекций по характеру стула

Секреторный (водянистый) стул. Такие заболевания проявляются жидким водянистым стулом. Вирусы и токсины, вырабатываемые бактериями, как бы заставляют клетку «плакать», и эпителиоциты - клетки, выстилающие желудочно-кишечный тракт, теряют способность всасывать воду; так появляется жидкий водянистый стул.

Воспалительный (инвазивный) стул. В этом случае микроб попадает внутрь клетки, разрушая ее. В стуле можно увидеть слизь, кровь, зелень, гной, что свидетельствует о разрушении клеток кишечного эпителия. Таковыми чаще бывают бактериальные инфекции.

2. Симптомы и протекание болезни

Разные микроорганизмы, вызывающие кишечные инфекции, поражают тот или иной отдел желудочно-кишечного тракта. Так, например, сальмонеллы «выбирают» преимущественно тонкий кишечник. Протекание болезни зависит от вида возбудителя, возраста ребенка, стадии выявлении и своевременности лечения.

Все кишечные инфекции проходят через инкубационный период, начальный, разгар заболевания и выздоровление.

Чем младше ребенок, тем агрессивнее ведет себя инфекция, очень быстро развиваясь и приводя к ухудшению состояния:

повышению температуры;

постоянной рвоте;

поносе.

Затем стул пополняется слизью, в нем появляются прожилки крови, процесс дефекации вызывает боль.

Дизентерия - очень часто возникает у дошкольников и детей младшего школьного возраста, но может протекать в слабой форме, даже без боли в животе и повышения температуры, что затрудняет диагностику.

Но при первых признаках ребенка нужно отвести к врачу, чтобы провести анализ кала и выявить возбудителя инфекции.

Обезвоживание - наибольшая угроза при кишечных инфекциях и потеря организмом полезных солей и минералов.

Обычно кишечные инфекции у детей имеют следующие симптомы:

резкий скачок температуры;

вялость, рвота, боли в животе;

понос;

головная боль;

отказ от еды;

сухие губы;

грозным симптомом, говорящим о крайней тяжести заболевания, является отсутствие мочи у ребенка более 6 часов.

Продолжительность инкубационного периода - периода от попадания в организм болезнетворных бактерий или вирусов до появления симптомов заболевания - зависит от того, какими микроорганизмами вызвано заболевание и от их количества, попавшего в рот ребенку: чем больше возбудителей, тем короче этот период. Это время может составлять от нескольких часов до семи дней (чаще оно не превышает 3 дней).

По длительности кишечные инфекции могут быть:

острыми (жидкий стул сохраняется не более 2 недель);

затяжными (жидкий стул - от 2 недель до 2 месяцев);

хроническими (понятие хронической инфекции в большей степени относится к дизентерии);

но поскольку сейчас не регистрируется хронической дизентерии, т.к. появились современные антибактериальные препараты, способные адекватно бороться с этой инфекцией, то в настоящее время хронические кишечные инфекции практически не встречаются).

кишечный инфекция дети возбудитель

3. Профилактика кишечных инфекций в детском саду

Распространение острых кишечных инфекций в детских дошкольных учреждениях находится в прямой зависимости от санитарного содержания помещений и соблюдения правил санитарно-противоэпидемического режима. Настоящие правила предусматривают:

) размещение детей по группам строго на основании существующих санитарных норм;

) групповую изоляцию детей;

) закрепление персонала за каждой группой;

) строго индивидуальный уход за детьми;

) соблюдение личной гигиены детьми и персоналом;

) обеспечение группы отдельной столовой посудой, игрушками, горшками, уборочным инвентарем и т. д.;

) раздельное применение уборочного инвентаря в группах, горшечных, пищеблоке;

) выделение отдельных халатов, предназначенных для кормления, ухода за детьми, уборки горшечной;

) раздельный сбор пеленок и белья, загрязненного выделениями, от остального грязного белья;

) распределение работы персонала так, чтобы уборкой помещения, высаживанием на горшки, сдачей грязного белья и кормлением, умыванием детей и т. д. занимались разные лица.

Все помещения детских учреждений должны содержаться в образцовом порядке и чистоте. Уборку помещений следует проводить ежедневно обязательно влажным способом при открытых окнах или фрамугах. Генеральная уборка должна проводиться еженедельно с применением моющих и дезинфицирующих средств.

Игрушки должны мыться 2 раза в день горячей водой со щеткой и мылом. Столы должны промываться после каждого приема пищи специально выделенной для этого ветошью. Посуда после каждого употребления освобождается от остатков пищи и обезжиривается путем промывания в горячей воде с добавлением питьевой соды или горчицы, затем обливается кипятком. Вымытая посуда просушивается на полках-решетках. Белье после употребления складываются в специальный бак, ведро с крышкой или клеенчатый мешок. В конце дня грязное белье в клеенчатых мешках доставляется в прачечную.

Полы в туалетах, унитазы моют 2 раза в день горячей водой с применением моющих средств. В ясельных и младших дошкольных группах полы моют после каждого высаживания детей на горшки. Горшки после каждого использования моются проточной водой внутри при помощи квача или щетки и обеззараживаются в течение 30 мин.

Уборочный инвентарь (тряпки, ведра, щетки) маркируются и хранятся в туалетной комнате в специальном шкафу, раздельно для групповой комнаты и туалета. Весь уборочный инвентарь после использования следует промывать горячей водой с моющими средствами. Дезинфицирующие растворы должны храниться в прохладном месте, в темной закрытой посуде, в местах, недоступных детям. Приготовление основных исходных дезинфицирующих растворов входит в обязанности старшей медицинской сестры. Она же отвечает за качественное проведение дезинфекционных мероприятий в детском учреждении.

Ответственность за выполнение санитарных правил возлагается на заведующую детским дошкольным учреждением. Медицинский персонал осуществляет повседневный контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в детском дошкольном учреждении.

4. Карантинные меры при выявлении ОКИ в детском саду

Проведение всего комплекса противоэпидемических мероприятий должно начинаться немедленно после удаления больного ребенка из группы, не дожидаясь окончательного диагноза. На группу, в которой выявлен случай кишечного заболевания, накладывается карантин сроком на 7 дней. После изоляции заболевшего ребенка проводится тщательная уборка и дезинфекция игрушек, посуды, пола, горшков и др.

На период карантина усиливается контроль за выполнением санитарно-противоэпидемического режима, больше внимания уделяется индивидуальному уходу за детьми и соблюдению правил личной гигиены детьми и персоналом. Кроме того, вводятся дополнительные мероприятия по текущей дезинфекции: обеззараживать посуду, игрушки, уборочный инвентарь, полы, белье, до отправки в прачечную, обмывные воды, испражнения детей и др.

В группе на период карантина за контактными детьми и персоналом устанавливается медицинское наблюдение с двукратным измерением температуры тела в начале и в конце дня и осмотром стула детей. До окончания карантина прием новых детей и перевод из группы в группу как детей, так и персонала, а также перевод детей в другие детские учреждения возможен только по разрешению эпидемиолога.

При возникновении случая кишечного заболевания допускается однократное одномоментное бактериологическое обследование детей и персонала группы. Отсутствующие на момент обследования дети и персонал, общавшиеся с больными, наблюдаются и обследуются по месту жительства. При возникновении в группе одновременно двух и более заболеваний детское учреждение должно обследоваться в день регистрации заболеваний бригадой в составе врача-эпидемиолога, педиатра-инфекциониста, а при подозрении на пищевой фактор передачи инфекции - санитарным врачом по гигиене питания. В первый же день проводится бактериологическое обследование контактных детей и персонала группы. При одновременном появлении заболеваний в нескольких группах учреждения обследуются бактериологически все контактные дети, персонал групп, а также работники пищеблока и весь другой обслуживающий персонал. Кратность обследования определяется эпидемиологом.

Заключение

Ограниченность пространства, личный контакт и несоблюдение гигиенических правил создают благоприятные условия для распространения возбудителей кишечных инфекций в группах детского сада. Заболеваемость ОКИ высока и регистрируется в течение всего года с подъемом в летне-осенний период. Болеют взрослые и дети, наиболее часто - дети в возрасте от 1 года до 7 лет.

Наиболее опасны больные с легкими, стертыми и бессимптомными формами ОКИ. В детских коллективах источниками эпидемических вспышек нередко бывают работники пищеблоков.

Мероприятия по предельно возможному ограничению фекально-орального пути передачи могут снизить количество кишечных заболеваний. Использование одноразовых перчаток может быть эффективным, но не отменяет правила хорошо мыть руки.

Список источников и литературы

1. Детский сад: Книга для заведующих / Под ред. Л. П. Тарасовой. М., 1982 г.

2. Новая аптека №8: Интернет-журнал (<http://www.nov-ap.ru>), 2005.

. Воротынцева Н.В. Мазанкова Л.Н. Острые кишечные инфекции у детей: Библиотека практикующего врача. Медицина, 2001.

. Гитун Т.В. Острые кишечные инфекции. Как с ними бороться. Рипол Классик, 2008.

. Сергеева К. М. Педиатрия: Учебник для вузов. Питер, 2006.

.Учайкин В.Ф. Острые кишечные инфекции у детей (диагностика, классификация, лечение): Пособие для врачей. М., 2003.

. Харченко Г. А. Кишечные инфекции у детей раннего возраста. Феникс, 2007.

. Чабовская А. П. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста. М., 1980.