Введение

Актуальность моей темы, является то, что кишечные инфекции относятся к наиболее распространенным инфекционным заболеваниям, и каждый в своей жизни хотя бы раз сталкивался с этим неприятным недугом. Поэтому каждый должен знать основные принципы ухода за больными, для предупреждения распространения инфекции.

Цель работы является, определение особенностей ухода за больными с кишечными инфекциями.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

. Провести теоретический анализ данных по проблеме кишечных инфекций.

. Определить организацию ухода за больными с кишечными инфекциями.

К сожалению, в лечении острых кишечных инфекций допускается много ошибок, порожденных недостаточной квалификацией специалистов: отжившими догматическими представлениями о сущности патологического процесса; погоней за рекламой суперсовременных лекарственных средств; непониманием сущности регидратационной (восстановление электролитного баланса) терапии, прежде всего оральной. Крайне важно, чтобы практические врачи и медицинские сестры осознали всей опасности, возникающие при развитии кишечного дисбактериоза в случае бесцельного, а порой бесконтрольного применения антибиотиков, особенно при лечении сальмонеллеза и пищевых токсикоинфекций. В лечении острых кишечных инфекций появились новые подходы, основной акцент делается на патогенетическую терапию. 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 и пр.). 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 и лечения.

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

Структурно курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы.

Глава 1. Заболевания с кишечной инфекцией

На сегодняшний день существуют несколько классификаций, в зависимости от этиологии заболевания выделяют бактериальные, вирусные, грибковые, паразитарные и др. инфекции, а в зависимости от специфики резервуара возбудителя подразделяются на:

антропонозы - заболевания, свойственные человеку и передающиеся от человека к человеку;

зоонозы - болезни, свойственные животным, но к которым может быть восприимчив и человек.

сапронозы

В основу классификации инфекционных болезней положена локализация возбудителя в организме человека, способы его выделения во внешнюю среду и пути передачи.

В соответствии с ней выделяют 4 группы инфекционных заболеваний:

) кишечные инфекции (фекально-оральный путь распространения, заражение через желудочно-кишечный тракт);

) инфекции дыхательных путей (воздушно-капельный путь распространения, заражение через верхние дыхательные пути);

) кровяные инфекции (трансмиссионный путь распространения, передача чаще всего кровососущими насекомыми);

) инфекции наружных покровов (контактный путь распространения, заражение через кожу или слизистые оболочки).

К группе кишечных инфекциям относятся такие заболевания бактериальной этиологии как брюшной тиф, паратифы А и В, шигеллезы, холера, пищевые токсикоинфекции, а также вирусной этиологии - вирусные гастроэнтериты, вирусные гепатиты А и Е.

Этой группе заболеваний свойственны однотипная локализация возбудителя (кишечник), одинаковые механизмы и пути заражения (фекально-оральный, контактно-бытовой), сходные кишечные проявления болезни (расстройство функции желудочно-кишечного тракта), а также общие принципы борьбы и профилактики. Источниками инфекции являются только больной человек и бактерионоситель; за исключением паратифа В, источником которого, кроме человека, могут быть некоторые животные (крупный рогатый скот, свиньи, птицы).

Особая роль в распространении кишечных инфекций принадлежит пищевому и водному путям, что связано с длительной выживаемостью возбудителей в воде и пище.

Как правило, пищевые продукты инфицируются возбудителями кишечных инфекций через грязные руки носителей или больных стертыми формами заболевания, наибольшую опасность представляют лица, работающие на пищевых предприятиях. Пища может загрязняться через зараженную воду, которой моют пищевые продукты, столовую и кухонную посуду.

Заражение пищевых продуктов возможно также путем переноса возбудителей кишечных инфекций мухами и грызунами. Большую опасность в передаче инфекции представляют инфицированные пищевые продукты, которые перед употреблением не подвергаются термической обработке (винегреты, овощи, фрукты, ягоды и др.) или инфицируются после тепловой обработки (молоко, молочные продукты, творог, сметана, различные кулинарные изделия).

Исходя из общих закономерностей распространения инфекционных болезней, современная система борьбы с кишечными инфекциями включает меры, направленные на обезвреживание источника инфекции, разрыв путей распространения ее и повышение невосприимчивости населения. В профилактике этих инфекций важнейшими мероприятиями являются:

• санитарное благоустройство жилищ, предприятий, упорядочение водоснабжения, удаление и обезвреживание нечистот и отбросов;

• своевременное выявление на пищевых предприятиях и изоляция бактерионосителей;

• строгое соблюдение правил личной гигиены работниками этих предприятий, повышение их санитарной культуры и грамотности;

• соблюдение санитарно-гигиенических требований к содержанию помещений, оборудования, инвентаря, посуды, тары, систематический контроль эффективности их санитарной обработки;

• соблюдение установленных гигиенических требований на всех этапах переработки, хранения, реализации пищевых продуктов;

• систематическая борьба с грызунами и мухами;

• проведение профилактических прививок против кишечных инфекций по эпидемическим показателям.

.1 Брюшной тиф

Особо опасная кишечная инфекция, сопровождающаяся 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 С в 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.

Заболевание начинается постепенно, с ухудшения аппетита, сна, повышения температуры до 39-40ºС. На 8-9 день болезни на коже груди и живота появляется бледно-розовая сыпь. Около 5 % переболевших остаются носителями возбудителя этой болезни.

.2 Дизентерия (шигеллез)

Инфекционное заболевание, характеризующееся поражением толстого кишечника и интоксикацией организма (слабость, головная боль, повышенная температура, понос, тошнота, иногда рвота). Вызывается бактериями рода шигелла. Температурный оптимум - 37ºС. В пищевых продуктах сохраняются до 10-20 дней. Погибают при нагревании до 60ºС через 10-20 мин.

Здоровый человек заражается от больного или носителя. Пути передачи возбудителей - бытовой, пищевой и водный. Через загрязненные руки носителя заболевания возбудитель попадает на пищевые продукты. В теплый период года факторами передачи являются мухи, которые на хоботке и лапках переносят частицы испражнений, содержащих бактерии, на пищевые продукты. Заражение может произойти и при употреблении загрязненной испражнениями воды, особенно из открытых водоемов. Заболевание чаще регистрируется летом и осенью вследствие употребления немытых овощей и фруктов.

Заражение дизентерией происходит через рот, попадая в толстый кишечник, возбудитель размножается и вызывает воспалительный процесс с образованием язв. Выздоровевшие длительное время могут оставаться бактерионосителями. Некоторые дизентерийные бактерии могут размножаться и в пищевых продуктах. Употребление загрязненных продуктов, не подвергшихся термической обработке, может вызвать групповые заболевания. Возможность таких вспышек возрастает, если носитель возбудителя или больной, принимающий непосредственное участие в приготовлении и отпуске пищи, не выполняет гигиенических требований.

.3 Холера

Относится к особо опасным острым инфекционным заболеваниям и характеризуется тяжелым состоянием и обезвоживанием организма. Возбудителем холеры является холерный вибрион. Он может длительное время сохранять жизнеспособность на различных объектах окружающей среды. В молоке и молочных продуктах возбудитель холеры сохраняется в течение 14 дней, в кипяченой воде до 40 часов, в открытых водоемах - до нескольких месяцев, в почве - до 2-х месяцев. Оптимальная температура роста 25-37 С. Погибает при нагревании до 80ºС через 5 мин. Устойчив к низким температурам. Холерный вибрион образует сильнодействующие яды. Заболевание начинается с внезапного поноса, позднее присоединяется рвота, очень сильная. Организм теряет до 35 л. жидкости. Происходят резкие нарушения водно-солевого равновесия организма. Из-за большой потери воды кожа собирается в складки, возможны судороги, отмечается сильная жажда, одышка. Заражение происходит через пищевые продукты и воду, загрязненные выделениями, которые содержат вибрионы. В распространении возбудителей болезни значительную роль играют мухи. Бактерионосительство, как правило, не формируется. Профилактика состоит в строгом соблюдении гигиенических навыков при использовании пищевых продуктов. Важное значение имеют санитарная охрана источников водоснабжения, обезвреживание нечистот, уничтожение мух.

.4 Пищевые токсикоинфекции

В отличие от возбудителей кишечных инфекций возбудители токсикоинфекций характеризуются умеренной патогенностью для человека. Поэтому обязательным условием их возникновения является потребление пищи и пищевых продуктов, обильно обсемененных указанными микроорганизмами. Иными словами, токсикоинфекций 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.

К пищевым токсикоинфекциям относятся сальмонеллезы (по классификации Петровского) и отравления, вызываемые условно-патогенными возбудителями. К микроорганизмам, способным вызывать токсикоинфекции, помимо сальмонелл, относятся кишечная и протейная палочки, стрептококки, и другие бактерии. Согласно данным литературы, около 10% общего числа токсикоинфекций вызывается условно-патогенными возбудителями. Указанные токсикоинфекции возникают при значительном накоплении возбудителей в пище вследствие нарушения санитарных правил обработки, хранения и сроков реализации пищевых продуктов.

.5 Сальмонеллез

Это кишечные заболевания, вызываемые бактериями рода «Salmonella» (исключение - сальмонелла, вызывающая брюшной тиф и паратифы), с выраженными симптомами интоксикации организма. Эти микроорганизмы устойчивы во внешней среде, хорошо переносят низкие температуры, выживают в воде и домашних предметах при комнатной температуре до 45-90 дней. В соленом мясе 2-3 месяца, в молоке 2-40 дней. При комнатной температуре сальмонеллы быстро размножаются в продуктах, не изменяя их органолептических свойств. Основным источником сальмонелл являются с/х животные, птицы (домашние и водоплавающие), собаки, кошки, грызуны, больные люди и бактерионосители. Возбудители выделяются с калом, мочей, слюной. Бактерионосительство после перенесенной болезни может сохраняться многие годы. Основную роль в распространении болезни играет зараженное мясо, птица и молочные продукты, не подвергнутые ветеринарному контролю. Большую опасность представляют изделия, приготовленные из фарша. Вспышки сальмонеллеза почти всегда связаны с пищевыми продуктами животного происхождения. Нарушения при обработке продуктов, его хранении являются частыми причинами заражения. Заболевание начинается остро, с озноба, гол.боли, боли в суставах, в животе, затем присоединяется понос. Тяжесть заболевания различна - от легких случаев до смертельных.

.6 Кишечная палочка

Группа кишечных палочек широко распространена в природе. Обитают они в кишечнике человека, птицы, других теплокровных животных, с экскрементами попадают во внешнюю среду. Кишечные палочки - бесспоровые факультативные анаэробы, обладают высокой устойчивостью и могут длительное время сохраняться в воде, почве и других объектах внешней среды. При температуре 55ºС они погибают только через час, при температуре 60ºС - через 15 мин. При тепловой обработке полуфабрикатов (температура 65-70ºС) они погибают через 10 мин. Наиболее интенсивно кишечные палочки развиваются при температуре 37°С. Однако они могут размножаться и при комнатной температуре.

Основным источником токсикоинфекций, вызываемых бактериями группы кишечной палочки, является человек.

Чаще всего заболевания возникают при употреблении готовых кулинарных изделий, обсемененных этими микробами: мясных, рыбных и особенно фаршевых. Салаты, винегреты, картофельное пюре, молоко и молочные продукты также могут явиться причиной возникновения заболевания.

Токсикоинфекции, обусловленные бактериями кишечной группы, характеризуются коротким инкубационным периодом (4ч), быстрым течением и бурным проявлением расстройства желудочно-кишечного тракта. Выздоровление наступает на 2-3-й день

Существуют некоторые отличия между разными заболеваниями.

При дизентерии понос имеет характер очень частого стула (десять-двадцать и более раз в сутки), который характеризуется обилием слизи, болезненными частыми позывами к опорожнению кишечника, не приводящими к желаемому результату. Помимо слизи в стуле может присутствовать кровь и гной. Температура во многих случаях бывает высокой.

При сальмонеллезе поносу часто предшествует рвота, стул не такой частый, но зато обильный. Температуры в легких случаях может не быть.

Холера - редкое, очень опасное заболевание. Опасна она тем, что человек за счет неукротимой роты и поноса теряет очень много жидкости, что смертельно опасно. К счастью заразиться холерой в настоящее время непросто, хотя отдельные случаи наблюдаются.

Энтеровирусная и ротавирусная инфекции характеризуются частым стулом, температурой, иногда может быть сыпь на коже. Нередко им предшествует насморк и другие симптомы простуды (это получило ошибочное название «грипп с кишечными проявлениями». К гриппу это никакого отношения не имеет). Их лечение не требует применения антибиотиков.

.7 Методы диагностики инфекционных болезней

Непременным условием успешной борьбы с инфекционными болезнями является их ранняя диагностика. Распознавание инфекционных болезней базируется на совокупности сведений, полученных при сборе анамнестических данных, выявление у больных характерных признаков (симптомов, синдромов) инфекционного заболевания и правильной оценке полученных лабораторных данных.

Лабораторные методы исследования - целью является получение прямых или косвенных данных, подтверждающих наличие или пребывание микроба-возбудителя в организме больного.

К методам прямого обнаружения возбудителя относятся бактериоскопические и бактериологические, а косвенным методам - серологические, иммунологические и аллергологические. Выбор метода исследования зависит от характера заболевания, свойств возбудителя, места его локализации и максимальной концентрации, путей выделения и стадии болезни. Результат исследований зависит от правильности забора материала, хранения и доставки в лабораторию.

Бактериоскопический (микроскопический) метод - используют для обнаружения под микроскопом возбудителей инфекционных болезней в патологическом материале (крови, слизи, фекалиях и т.д.), взятом от больного с помощью увлажненного физ.раствором марлевого тампона намотанный на проволоку из нержавеющей стали и помещенный в пробирку. Полученный материал наносится на предметное стекло, обводится стеклографом, маркируется, высушивается и направляется в лабораторию.

Бактериологический метод - заключается в выделении чистой культуры микроба-возбудителя путем посева материала, взятого от больного, на искусственные питательные среды с последующим изучением свойств выделенных микробов. Материал следует собирать до начала этиотропного лечения. Недостаток исследования является - длительность. Для выделения каждого микроба требуется соответствующая питательная среда, а когда диагноз больного неясен посев производят одновременно на нескольких средах. Необходимым условием бак. исследования является быстрая доставка материала в лабораторию (в течении 2ч), в случаях невозможности доставки, используют консервирующие смеси, или хранят в холодильнике при t +4ºС.

Забор кала. Для исследования испражнения собирают в судно или горшок, при этом тщательно промывают кипятком, т.к в них не должно содержаться остатков дез.средств. Материал забирается сразу после дефекации простерилизованным шпателем или палочкой ( не более 10 г.) и переносится в стерильную пробирку или патрон с плотно закрывающей пробкой. Взятие испражнений может осуществляться и непосредственно из прямой кишки с помощью металлической петли.

1.8 Лечение

При кишечных инфекциях могут применяться и «народные» средства: отвар гранатовых корок, рисовый отвар, кора дуба и т.п. Действие этих веществ - остановить диарею. Они не заменяют лечение, но могут быть дополнением к нему.

Лечение кишечных инфекций является комплексным и включает в себя: борьбу с микробными ядами (токсины), самими микробами, а также с обезвоживанием организма. В комплексном лечении болезни значительное место занимает диета. Правильное питание способствует быстрому выздоровлению. Диетотерапия предусматривает химическое, механическое оберегание больного органа, введение необходимых питательных веществ, недостаток которых испытывает организм больного. Диету назначает врач в зависимости от болезни с учетом особенностей организма.

Для питания инфекционных больных чаще применяют следующие основные диеты:

стол № 2, 4 - при кишечных инфекциях, протозойных колитах, лихорадочных состояниях;

стол № 15 - полноценное питание.

Дезинтоксикационная и регидратациоиная терапия в 85-95% случаев может осуществляться орально и лишь в 5-15% - внутривенно. Для внутривенной регидратации (восполнение водно-электролитного баланса) используют «Трисоль», «Квартасоль», «Хлосоль». Объем вводимой жидкости зависит от степени обезвоживания и массы тела больного и составляет при тяжелом течении болезни 60-120 мл/кг, при среднетяжелом - 55-75 мл/кг, скорость введения растворов соответственно 70-90 мл/мин. и 60-80 мл/мин.

Различают два этапа внутривенной регидратации:

) первичную регидратацию с целью купирования признаков обезвоживания и интоксикации;

) поддерживающую терапию с целью купирования продолжающихся потерь жидкости.

Оральная регидратационная терапия (ОРТ) осуществляется также в два этапа. С этой целью используются растворы оральных регидратационных солей (ОРС) двух поколений:поколения (глюкосалан, цитроглюкосалан, регидрон).поколения (на злаковой основе).

Объем вводимых растворов также зависит от степени обезвоживания и массы тела больного, а скорость введения составляет 1-1,5 л/ч

В случаях превалирования интоксикационного синдрома над регидратационным показано применение коллоидных растворов (гемодез, реополиглюкин). Одной из целей патогенетической терапии острых кишечных инфекций является купирование диарейного синдрома. Предложено множество антидиарейных препаратов, при использовании которых должны учитываться патогенетические особенности указанного синдрома.

Известно, что циклические нуклеотиды способствуют регуляции секреции воды и электролитов в кишечнике. По современным представлениям эндотоксины сальмонелл воздействуют на аденилатциклазу, находящуюся на наружной поверхности мембран энтероцитов. В связи с этим было предложено использовать индометацин при диарейном синдроме в качестве ингибитора биосинтеза простагландинов.

Индометацин назначают при диарейном синдроме в течение 1 суток по 50 мг 3 раза в день с интервалами 3 ч. Иногда лечение индометацином повторяется на следующий день. Отмечена высокая эффективность указанного метода лечения, направленного на купирование диареи. Вместе с тем при сальмонеллезе отмечается нарушение фазовой структуры работы желудочков сердца и особенно кардиодинамики правого желудочка (преимущественно при тяжелом течении болезни). У тяжелобольных развиваются синдромы гиподинамики левого желудочка и высокого диастолического давления правого отдела сердца, легочная гипертензия и нарушения кардиодинамики, что может быть причиной отека легких. Индометацин, способствует устранению кардиодинамических нарушений.

Для подавления активности аденилатциклазы и стимуляции фосфодиэстеразы, гидролизующей цАМФ, рекомендуется применение препаратов кальция в сочетании с витамином D2 (эргокальциферол). Кальций подавляет активность мембранной аденилатциклазы и повышает активность фосфодиэстеразы, что приводит к уменьшению синтеза аденилатциклазы и прекращению диареи.

Применяют в/в 10% раствор глюконата кальция по 10 мл ежедневно в течение 3 дней. При пероральном однократном приеме 5 г глюконата кальция концентрация цАМФ через 4 ч достоверно снижается, что приводит к уменьшению диареи.

Для лечения диареи у больных с острыми кишечными инфекциями используются сорбенты: карболен, активированный уголь, карболонг, полифепан, диосмектин (обволакивает) и др.

Другой группой антидиарейных препаратов являются лекарственные средства, оказывающие опиоидное действие. К ним относят лоперамид и тримебутан. Способность тормозить перистальтику кишечника является характерной особенностью опиатов. Действие лоперамида наступает быстро и продолжается 4-6 ч. Его назначают взрослым при острой диарее, вначале 2 капсулы, а затем по 1 капсуле после каждого акта дефекации, но не более 6 капсул в сутки. Не рекомендуется применение препарата вместе с атропинсодержащими средствами. Лоперамид противопоказан беременным и кормящим грудью женщинам, а также больным неспецифическим язвенным колитом.

Группа атропинсодержаших антидиарейных препаратов представлена двумя лекарственными средствами - лиспафеном и реасеком.

Лиспафен уменьшает секрецию желез, понижает тонус гладкой мускулатуры и двигательную активность желудка и кишечника. Взрослым назначают по 2 таблетки 3 раза в день, максимальная суточная доза - 12 таблеток.

Реасек назначают по 1 таблетке 2-3 раза в день.

В группу лекарственных средств, обладающих обволакивающим и вяжущим свойствами, входит порошок Кассирского и десмол. Антидиарейный порошок (состав: Bismuti subnitrici 0,5; Dermatoli 0,3; Calcii carbonici I 0; Ac. ascorbinici 0,3; Ac. nicotinici 0,01) назначают по 1 порошку 3-4 раза в день.

В отдельных случаях тяжелого течения диареи используются большие дозы висмута - по 2 г 3 раза в сутки. В последние годы для лечения острых диарейных заболеваний успешно применяют висмута субсалицилат, одна таблетка препарата содержит 262 мг активного вещества. Препарат принимают по 2 таблетки 3-4 раза в день. Он оказывает обволакивающее и противовоспалительное действие, повышает выработку слизи и улучшает ее защитные свойства.

Новым средством для лечения диареи, оказывающим патогенетическое воздействие на процессы всасывания и секрецию в кишечнике, является октреотид. Этот гормон увеличивает скорость всасывания воды и электролитов в тонкой кишке, снижает концентрацию вазоактивных пептидов в крови, уменьшает частоту актов дефекации и массу кала. Выпускается в виде свободного пептида - оректида в ампулах, содержащих 0,05, 0,1 и 0,5 мг. Вводится подкожно 1-2 раза в сутки; при необходимости дозу препарата увеличивают.

Лечение дисбактериоза

Острые кишечные инфекции сопровождаются развитием дисбактериоза, либо это состояние развивается после применения антибиотиков. Лечение больных, страдающих кишечным дисбактериозом, требует комплекса терапевтических мер и индивидуально подобранных препаратов с учетом заболевания, на фоне которого возник дисбактериоз. В комплекс терапии дисбактериоза кишечника необходимо включать средства для нормализации кишечной флоры и курс лечения антибактериальными препаратами при появлении патогенной флоры.

Схема лечения дисбактериоза с учетом стадии заболевания:стадия - назначение биопрепаратов и лекарств, нормализующих моторную функцию кишечника (спазмолитики, вяжущие, ферменты), а также витаминов и противоаллергических средств;стадия - тактика такая же, как в I стадии, но добавляется колибактерин. При отсутствии эффекта через 3-4 недели назначают невиграмон или нитроксалин;II-IV стадии - назначение поливалентного бактериофага, после отмены которого используют котримоксазол (часто в сочетании с метронидазолом); при отсутствии эффекта назначают антибиотики. Одновременно с антибиотиками применяют биопрепараты.

Нормализация кишечной флоры осуществляется эубиотиками. Различают четыре поколения эубиотиков, применяемых для лечения дисбактериоза:- классические эубиотики (коли-бактерин, бифидумбактерин, лактобактерин);- самоэлиминирующиеся эубиотики (бактисубтил, биоспорин, споробактерин);- комбинированные эубиотики (Аципол и др.);поколение - иммобилизованные на сорбенте живые бактерии, представители нормальной микрофлоры - бифидумбактерин форте.

Эффективность эубиотиков определяется биологическими свойствами штаммов микроорганизмов: колонизирующей способностью, антимикробной активностью, особенностью воздействия на иммунную систему и другие защитные механизмы.

Эубиотики обычно назначают в сочетании с ферментами (абомин, ораза, фестал и др.) и антигистаминными препаратами (пипольфен, хлоропирамин, клемастин).

Этиотропное лечение кишечных инфекций

Кишечные антисептики. В настоящее время применяются три препарата этой группы: интестопан, интетрикс и энтероседив.

В последние годы для лечения диарейных заболеваний предложен эрцефурил (нифураксазид), являющийся производным нитрофурана. Этот препарат действует преимущественно в просвете кишечника, показан при лечении диареи бактериального происхождения. По данным исследователей, он активен в отношении кампилобактерий, эшерихий (энтеротоксигенных, энтеропатогенных и энтероинвазивных), сальмонелл, шигелл, холерного вибриона и иерсиний (J. enterocolitica).

Популярным препаратом этой группы является фуразолидон. Препарат эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, лямблий и трихомонад. Из числа возбудителей острых кишечных инфекций наиболее чувствительны к нему бактерии дизентерии, брюшного тифа, паратифов А и В. Устойчивость к нему микроорганизмов развивается медленно. Фуразолидон был рекомендован к применению в качестве препарата выбора для лечения острой дизентерии, так как он оказывает минимальное побочное действие на организм, особенно на желудочно-кишечный тракт.

Эффективность лечения острых кишечных инфекций вышеуказанными группами лекарственных средств различна. Терапия кишечными антисептиками всегда носит вспомогательный характер.

Антибиотики и другие антибактериальные препараты

Для лечения острых кишечных инфекций используются различные антибактериальные средства:

) b-лактамные антибиотики: пенициллины природные, пенициллины полусинтетические, ингибиторы b-лактамаз, цефалоспорины I - IV поколений, карбапенемы, монобактамы;

) антибиотики других классов: аминогликозиды, тетрациклины, макролиды, рифампицины, линкозамины, хлорамфеникол, полимиксины, гликопептиды;

) синтетические антибактериальные средства: сульфаниламиды, хинолоны, фторхинолоны, нитрофураны, производные хиноксалина, производные 8-оксихинолина.

.9 Реабилитация и диспансерное наблюдение

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

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

К лечебно-восстановительным мероприятиям относится: режим, питание, лечебная физкультура, физиотерапия, проведение бесед с переболевшими, фармакологические средства.

• Режим является основным для осуществления лечебно-восстановительных мероприятий.

• Диета назначается с учетом тяжести и клинических проявлений инфекционного заболевания, учитывается преимущественное поражение органов. Конкретно диета рекомендуется врачом перед выпиской из стационара. Всем больным назначаются поливитамины в дозе, в 2-3 раза превышающей суточную потребность.

• Лечебная физкультура способствует быстрейшему восстановлению физической работоспособности.

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

• Целесообразно проведение бесед с выздоравливающими, такие воспитательные беседы (напоминания) на медицинские темы могут проводиться и дома родственниками больного.

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

Основными этапами медицинской реабилитации инфекционных больных являются:

. Инфекционные стационары.

. Реабилитационный центр или санаторий.

. Поликлиника по месту жительства - кабинет инфекционных заболеваний (КИЗ).

Первый этап - острый период болезни;

второй этап - период выздоровления (после выписки);

третий этап - в КИЗ, где решаются в основном вопросы медико-социальной экспертизы (бывший ВТЭК), связанные с трудоустройством.

В КИЗ осуществляется также диспансерное (активное динамическое) наблюдение за выздоравливающими после инфекционных болезней в соответствии с приказами и руководящими документами Минздрава (Пр. № 408 и др.) Большинство переболевших инфекционными заболеваниями берутся на учет в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ), где их наблюдает врач-инфекционист. Наблюдение проводится после перенесения больными следующих инфекций: дизентерия, сальмонеллез, острые кишечные инфекции неустановленной природы, брюшной тиф, паратифы, холера, вирусные гепатиты, малярия, клещевой боррелиоз, бруцеллез, клещевой энцефалит, менингококковая инфекция, геморрагические лихорадки, лептоспироз, псевдотуберкулез, дифтерия, орнитоз.

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

Брюшной тиф, паратифы А и В наблюдаются 3 мес. независимо от профессии, наблюдение с термометрией еженедельно в первые 2 мес., в последующий месяц - 1 раз в 2 нед; ежемесячное бактериологическое исследование испражнений, мочи и в конце наблюдения - желчи. Реконвалесценты, относящиеся к группе пищевиков, в 1-й месяц наблюдения обследуются бактериологически 5-кратно (с интервалом 1-2 дня), далее 1 раз в месяц. Перед снятием с учета однократно производится бактериологическое исследование желчи, и исследование крови. Назначаются диетотерапия и медикаментозная терапия по показаниям. Режим труда и отдыха.

Сальмонеллезы, наблюдаются - 3 мес. Медицинское наблюдение у пищевиков и лиц, к ним приравненных, ежемесячное бактериологическое исследование испражнений; при генерализованных формах однократное бактериологическое исследование желчи перед снятием с учета. Назначаются диетотерапия, ферментные препараты по показаниям, лечение сопутствующих заболеваний. Режим труда и отдыха.

Дизентерия острая. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, - 3 мес., недекретированные - 1-2 мес. в зависимости от тяжести заболевания. Медицинское наблюдение у пищевиков и лиц, к ним приравненных, ежемесячное бактериологическое исследование испражнений. Назначаются диетотерапия, ферментные препараты по показаниям, лечение сопутствующих заболеваний. Режим труда и отдыха.

Дизентерия хроническая. Декретированная категория - 6 мес., недекретированная - 3 мес. после клинического выздоровления и отрицательных результатов бак обследования. Медицинское наблюдение с ежемесячным бактериологическим обследованием, ректороманоскопия по показаниям, при необходимости консультация гастроэнтеролога. Назначаются диетотерапия, ферментные препараты по показаниям, лечение сопутствующих заболеваний.

Острые кишечные инфекции неустановленной этиологии. Декретированная категория - 3 мес., недекретированная - 1-2 мес. в зависимости от тяжести болезни. Медицинское наблюдение у пищевиков и лиц, к ним приравненных, ежемесячное бактериологическое обследование. Назначаются диетотерапия и ферментные препараты по показаниям.

Холера, наблюдение 12 мес. независимо от болезни, бактериологическое обследование испражнений в 1-й месяц 1 раз в 10 дней, со 2-го по 6-й месяцы - 1 раз в месяц, в последующем - 1 раз в квартал. Бактериологическое исследование желчи в 1-й месяц. Режим труда и отдыха.

Носители дифтерийных микробов (токсигенных штаммов) .До получения 2 отрицательных бактериологических анализов, санация хронических заболеваний носоглотки.

брюшной тиф дисбактериоз диарея

Глава 2. Особенности ухода за инфекционным больным

Сущность ухода за инфекционными больными - это широкий комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, диагностических и лечебных процедур, а также воспитательной работы с больным, направленный на его быстрое выздоровление и предотвращение рассеивания инфекции.

В своей работе медсестра должна руководствоваться принципом гуманизма. В отношении к пациенту она должна проявлять чувство такта и терпения, учитывая страх больного за свое здоровье, жизнь, заразную сущность заболевания. Внимание, забота помогает восстановить душевное спокойствие пациента, вселить надежду на выздоровление. Не следует забывать про ятрогенные заболевания, связанные с деятельностью медработника. За каждый свой поступок медсестра несет моральную и правовую ответственность. Постоянная забота о больном, огромная работа медицинской сестры способствуют успешному лечебному процессу.

Для обеспечения надлежащего ухода необходимо знать основные особенности инфекционного больного.

Главная особенность состоит в том, что большинство больных выделяют во внешнюю среду возбудителей, т. е. являются источником заразного начала. Отсюда важно знать, где в организме находятся возбудители, каким образом они выделяются во внешнюю среду, как заражают здоровых людей, пути и способы заражения, необходимые меры, чтобы не допустить распространения инфекции.

Вторая особенность: инфекционные болезни сопровождаются лихорадкой, интоксикацией и токсическим поражением центральной нервной системы, поэтому у больных часто развиваются нервнопсихические расстройства. Нужно знать характер этих нарушений, чтобы правильно подойти к больным, установить с ними нужный контакт. Хорошее состояние психики больного - один из важных факторов быстрого выздоровления.

Третья особенность: инфекционные болезни - острые, динамичные заболевания, при которых состояние больного может внезапно меняться. В связи с этим часто возникает необходимость быстрого неотложного решения вопросов об оказании срочной помощи пациенту и об изменении характера ухода за ними.

Четвертая особенность состоит в том, что клиническое выздоровление при инфекционных болезнях, как правило, намного опережает полное восстановление возникших в организме человека органических и функциональных расстройств. В периоде выздоровления (реконвалесценции) больные долгое время физически ослаблены, у них нарушена психика, имеются расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы и других органов и систем, но, несмотря на это, их самочувствие нередко бывает вполне удовлетворительным и совершенно не соответствует глубоким изменениям, сохраняющимся в организме.

Медицинские работники (врачи, медсестры) должны хорошо знать все отмеченные особенности, чтобы осуществлять уход за инфекционными больными в стационаре и дома.

.1 Особенности ухода при различных инфекционных болезнях

Как уже говорилось кишечные инфекции приводят к обезвоживанию. Для коррекции водно-электролитного баланса необходимо вести учет выпитой, введенной парентерально жидкости и диуреза, следить за работой органов пищеварения. Особое внимание обращаем на появление тошноты, рвоты, боли в животе. О любых изменениях в состоянии пациента необходимо доложить врачу. 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 тифопаратифозных заболеваниях обращается особое внимание на строгое соблюдение санитарно-гигиенических правил и систематическое проведение текущей дезинфекции.

Профилактика внутрибольничного заражения. Медицинский персонал, 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 мед. 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 само-и 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 дизинфицирующим 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, т. к. 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.

Холера. Тяжесть течения холеры и исход болезни зависят главным образом от степени обезвоживания больного. Поэтому одной из главных задач медицинской сестры и врача является систематический точный учет количества жидкости, теряемой больным с испражнениями и рвотой, а также объема растворов, которые вводятся ему с лечебной целью. Медицинская сестра обязана строго учитывать и записывать в историю болезни состав и количество введенных больному лечебных растворов, отмечая точное время начала и конца введения, а также реакцию больного. Следующей важной задачей при уходе за холерным больным является четкое выполнение противоэпидемических мероприятий, направленных на недопущение рассеивания инфекции (соблюдение правил сбора и дезинфекции заразного материала, порядка обеззараживания белья и одежды больного, дезинфекции окружающих предметов). В остром периоде болезни при наличии диареи и тем более рвоты предлагать больному пищу нельзя, можно давать пить только солевые растворы и воду. После прекращения кишечной дисфункции назначается на 3 дня cтол №4, затем стол №13 и перед выпиской - стол №15.

Правильный уход при этих болезнях - не только составная часть лечения, но и важная мера, помогающая предотвратить заражение лиц, проживающих совместно с больным. Все принципы и процедуры общего ухода применимы и к больным инфекционного характера. Но гигиенические меры должны быть строже.

.2 Профилактика инфекционных заболеваний

В нашей стране много внимания уделяется мероприятиям, направленным на предупреждение инфекционных заболеваний. Профилактика инфекционных заболеваний представляет комплекс различных мер, среди которых наиболее важное значение имеют:

повышение уровня санитарной культуры населения;

проведение государственных мероприятий, направленных на устранение причин, способствующих появлению и распространению инфекционных болезней;

проведение мероприятий медицинского характера.

Условия питания и качество пищевых продуктов также имеют большое значение в распространении инфекции: употребление в пищу зараженных продуктов может повлечь за собой распространение той или иной инфекции.

Обезвреживание источника инфекции (больного или бактерионосителя) - важная мера профилактики многих заболеваний. В целях профилактики, на пищевых предприятиях, в том числе общественного питания, предусмотрено обязательное бактериологическое и медицинское обследование поступающих на работу лиц и сотрудников для своевременного выявления, изоляции и лечения больных и бактерионосителей. Среди мероприятий, направленных на разрыв путей передачи инфекции, большую роль играет санитарный контроль своевременной и рациональной очистки населенных пунктов, водоснабжения и канализации, санитарного режима на предприятиях общественного питания, в детских учреждениях, на промышленных предприятиях и т. д. К этой группе мероприятий относятся дезинфекционные работы в очагах инфекции и на различных объектах. Все дезинфекционные мероприятия по времени проведения делятся на текущую дезинфекцию, которая осуществляется в окружении больного или бактерионосителя с целью обезвреживания выделений, и на предупредительную (профилактическую), которая проводится планово, независимо от наличия заболеваний; объект этой дезинфекции-преимущественно места общего пользования.

Выводы

В курсовой работе «Особенности ухода за больными с кишечной инфекцией», было освещено особенности лечения и ухода за больными с кишечными инфекциями. Изучение инфекционных болезней привлекало внимание ученых с давних времен. Сведения о заразных болезнях можно найти в древнейших памятниках письменности: в индийских Ведах, иероглифическом письме Древнего Китая, в Древнем Египте, Библии, русских летописях. Инфекционные болезни называли «моровые болезни», «поветрия», «миазмы», «контагии». Большую роль в развитии учения об инфекциях сыграли Фракасторо, XVI век, Д.С. Самойлович, Л. Пастер, Р. Кох, И. И. Мечников, П. Эрлих, Д. И. Ивановский и многие другие.

Инфекционные болезни являются одной из ведущих проблем здравоохранения, по распространенности во всем мире занимают третье место после болезней сердечно-сосудистой системы и опухолей.

В разных странах распространены различные инфекции, и на заболеваемость ими большое влияние оказывают социальные условия жизни людей, сознательность людей, соблюдение правил личной гигиены. Чем выше социальный и культурный уровень населения, организация профилактической и лечебной помощи, санитарного просвещения, тем меньше распространенность инфекционных заболеваний и смертность от них.

Медицинская наука и практика добились многого в борьбе с инфекционными болезнями. Тем не менее, от инфекций в мире ежегодно погибает вдвое больше людей, чем от болезней сердца.

Причинами распространения инфекционных болезней являются рост населения, демографические расслоения и интенсивность миграционных процессов. Определенную роль играют вторжения человека в девственные леса, изменения климата.

Таким образом, лечение острых кишечных инфекций направлено на поддержание деятельности ряда функциональных систем, в том числе систем, обеспечивающих уровень АД, массу циркулирующей крови, поддержание оптимальных величин дыхательных показателей, уровня осмотического давления и системы выделения. Проблема острых кишечных инфекций является одной из актуальнейших в отечественном здравоохранении. Используя современные подходы в лечении острых кишечных инфекций, можно избежать развития таких грозных осложнений, как инфекционно-токсический шок, гиповолемический шок, острая почечная недостаточность. Аккуратность и рациональность в применении антибактериальной терапии позволяет избавить наших пациентов от дисбактериоза, адекватно проведенная пероральная регидротация в короткие сроки справляется с основными симптомами острых кишечных инфекций.

# Список использованной литературы

1. Актуальные проблемы холеры / Под ред. В.И. Покровского и Г.Г. Онищенко. - М., 2000.

. Антонова Т.А. и другие Инфекционные болезни. 2000 г.

. Белоусова А.К. Инфекционные болезни для фельдшера [Текст] : учебное пособие / Белоусова А.К., Дунайцева В.Н. - Ростов н/Д : Феникс, 2002. - 320 с.

. Белоусова А.К. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии [Текст] / Белоусова А.К. - Ростов н/Д : Феникс, 2004. - 384 с.

. Бунин К.В. Инфекционные болезни. 1984 г

. Васильев В. С. Практика инфекциониста. 1993 г

. Инфекционные болезни [Текст] : учебник. - СПб : ООО"ФОЛИАНТ", 2002. - 320 с.

. Малов В.А. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии [Текст] : учебник / Малов В.А. - М : Академия, 2005. - 352 с.

. Мухина С. А. и другие. Общий уход за больным. 1989 г

. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского ухода. 2000 г

. Подлевский А.Ф. Медсестра кабинета инфекционных заболеваний. 1988 г.

. Покровский В.И., Килессо В.А. Ющук Н.Д.и др. Сальмонеллезы.- Ташкент, 1989.

. Покровский В.И., Ющук Н.Д. Бактериальная дизинтерия. - М., 1994.

. Рубашкина Л.А. и другие. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ инфекции и эпидемиологии. 2002 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.

. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни [Текст] : учеб.пособие для вузов / Шувалова Е.П., Белозеров Е.С.,Беляева Т.В.,Змушко Е.И. - Ростов н/Д Феникс, 2001. - 960 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. Острые кишечные инфекции диагностика и лечение. - М.,2001.