

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК клинических дисциплин**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ  
САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ И ИЕРСИНИОЗЕ**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
3 курса группы 03051612  
Капустиной Натальи Сергеевны**

Научный руководитель  
преподаватель Семернина А.С.

Рецензент  
заведующий отделением №3 ОГБУЗ  
«Инфекционная клиническая больница  
им Е.Н. Павловского» г. Белгорода  
Гершевич С.Э.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И ИЕРСИНИОЗА	7
1.1. Этиология и эпидемиология сальмонеллеза.....	7
1.2. Патогенез, клиника и диагностика сальмонеллеза .....	9
1.3. Лечение, уход и профилактика сальмонеллеза .....	14
1.4. Этиология и эпидемиология иерсиниоза .....	18
1.5. Клиническая картина и диагностика иерсиниоза .....	22
1.6. Лечение, уход и профилактика иерсиниоза .....	27
ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ И ИЕРСИНИОЗЕ.....	31
2.1. Ситуация по заболеваемости сальмонеллезами и иерсиниозами в Белгородской области.....	31
2.2. Ситуация по заболеваемости сальмонеллезом и иерсиниозом в Российской Федерации.....	36
2.3. Данные социологического исследования .....	38
2.4. Первичная, вторичная и третичная профилактика при сальмонеллезах и иерсиниозах .....	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	47
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	49
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	51

## ВВЕДЕНИЕ

Такие острые кишечные инфекции, как сальмонеллез и иерсиниоз представляют собой актуальную проблему в современной медицине. Это связано с их повсеместной распространенностью. Данные инфекции занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной кишечной патологии, а нередко и смертности людей разного возраста.

В последнее десятилетие отмечается 3-7-кратный подъем заболеваемости сальмонеллезом в экономически развитых странах мира. Сальмонеллез называют «болезнью цивилизации». В настоящее время ни в одной стране мира не стоит вопрос о его ликвидации, меры предпринимаются только для снижения уровня заболеваемости и ограничения распространения среди основных источников инфекции.

Эксперты ВОЗ сделали заключение, что сальмонеллезы и иерсиниозы, как зоонозные инфекции, не имеют себе равных по сложности эпизоотологии, эпидемиологии и трудностям борьбы с ними.

Актуальность сальмонеллеза обуславливают:

- высокая заболеваемость;
- частое возникновение внутрибольничных вспышек;
- антибиотикорезистентность сальмонелл;
- тяжесть течения локализованных форм;
- высокая летальность при генерализованных формах.

На современном этапе обоснована тревога медработников по поводу иерсиниоза. Это связано с неблагоприятными исходами и последствиями после перенесенной инфекции, а именно: хронизацией инфекционного процесса и формированием системных аутоиммунных патологий. Так что иерсиниоз выходит за рамки чисто инфекционного заболевания.

**Историческая справка.** Еще в древнее время отмечались болезни, которые были связаны с употреблением в пищу различных продуктов. Немецкий ученый Гертнер впервые доказал настоящую причину этих болезней.

В 1888 году им были выделены из мяса коровы и организма, умершего после его употребления человека, идентичные микроорганизмы [17, с. 164].

Линьер дал в 1898 году родовое название *Salmonella*. Он выделил микробы в период эпидемии, связанной с употреблением мяса. Далее термин «*Salmonella*» распространился на все бактерии, которые были сходными по биохимическим и морфологическим свойствам. Международная номенклатурная комиссия в 1934 году дала название данной группе возбудителей сальмонеллы, а болезнь, вызванная ими стала называться сальмонеллезом.

Иерсиниоз получил название в честь французского ученого А. Иерсена, открывшего в 1894 году возбудителя чумы, относящегося к этому роду микроорганизмов.

К группе иерсиниозов формально относятся все болезни, которые вызывают иерсинии. Это чума, кишечный иерсиниоз и псевдотуберкулез. Но чума – это карантинная инфекция и всегда рассматривается отдельно. А вот иерсиниозами считаются два других заболевания.

*Yersinia pseudotuberculosis* – возбудитель псевдотуберкулеза, открыт более 100 лет назад. А в 1939 году определен возбудитель «кишечного» иерсиниоза – это *Yersinia enterocolitica*.

Первые случаи заболевания людей иерсиниозами были описаны за рубежом. В СССР Г.В. Ющенко и Р.И. Кузмайте в 1963 году впервые подтвердили псевдотуберкулезную этиологию мезаденита. В последующие годы выявлено широкое распространение этой инфекции на Дальнем Востоке, затем в Ленинградской области, Москве и во многих регионах.

В настоящее время иерсиниозы относят к широко распространенным заболеваниям, ежегодный рост заболеваемости по РФ составляет 10 — 20%.

Реформа системы Российского здравоохранения предусматривает приближение к пациенту медицинской помощи на всех ее этапах. В современных условиях социальных и экономических сдвигов, которые привели к расслоению общества, появлению большого количества социально-

незащищенных людей, кишечные инфекции приобретают тяжелое течение. Существует ошибочное мнение, что кишечные инфекции должны знать в основном инфекционисты. Но первые, кто встречается с инфекционными больными, это врачи общей практики, медицинские работники скорой помощи, а также фельдшера и медсестры. От их знаний и умений зависит ранняя диагностика кишечных инфекций. Также ими определяется терапевтическая тактика, организуются противоэпидемические мероприятия, и в конечном итоге от этого зависит жизнь больного, благополучие, людей окружающих его.

В работе рассматривалась **проблема** особенностей сальмонеллезом и иерсиниозом на современном этапе.

**Цель исследования** — анализ особенностей современных сальмонеллеза и иерсиниоза, определение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в оказании помощи больным, а также их профилактика.

**Объект исследования:** больные с сальмонеллезом и иерсиниозом, находящиеся на лечении ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Павловского Е.Н».

**Предмет исследования** — профилактическая деятельность медицинской сестры при сальмонеллезе и иерсиниозе.

**Задачи исследования** —

1. Проведение анализа этиологической структуры заболеваний.
2. Определение наиболее часто встречающихся механизмов, путей и факторов передачи заболеваний.
3. Выделить особенности сестринского процесса при сальмонеллезе и иерсиниозе.
4. Проанализировать роль медицинской сестры в оказании помощи больным.
5. Разработать рекомендации по профилактике.

**Гипотеза исследования:** заболеваемость сальмонеллезом и иерсиниозом снизится при активном проведении первичной, вторичной и третичной профилактики.

**Методы исследования:**

- научно-теоретический анализ современных изданий;
- статистический;
- социологический – анкетирование.

**База исследования** – ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Павловского Е.Н».

**Структура работы:** по объему дипломная работа занимает 50 страниц.

Во введении показана актуальность проблемы, дана краткая историческая справка. Здесь же определены цели и задачи исследования, выделены объект, методы и предмет, выдвинута гипотеза, показана научная новизна и практическая значимость работы.

В теоретической части ВКР дан обзор литературы, проанализированы современные аспекты заболеваний.

Вторая глава содержит материалы собственного исследования, их анализ и выводы.

В заключении обобщены все полученные в ходе выполнения ВКР результаты, обозначены предложения и рекомендации.

Также имеется список использованных источников и литературы.

В приложении представлена анкета, памятки.

Кроме того, работа дополнена графологическими структурами, имеются таблицы, графики и диаграммы.

# ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И ИЕРСИНИОЗА

## 1.1. Этиология и эпидемиология сальмонеллеза

Этиология. Сальмонеллы – палочковидные бактерии. Имеют жгутики, поэтому подвижны. Они относятся к факультативным анаэробам. При температуре 37С сальмонеллы хорошо растут и размножаются. Их рост возможен и при температуре от 5С до 40С.

В структуру сальмонелл входят следующие антигенные комплексы:

- О-антиген – соматический термостабильный;
- Н-антиген – жгутиковый термолабильный;
- К-антиген – капсульный поверхностный [17, с. 165].

В основе Международной серологической классификации – схеме Кауфмана-Уайта лежит антигенная структура сальмонелл. На основании различий по ферментативным свойствам их разделяют на 4 подрода. Первый подрод различается строением О-антигена и содержит серологические группы: А, В, С, D, Е. Каждая из серогрупп по Н-антигену имеет сероварианты. На сегодняшний день определены более 2300 серовариантов сальмонелл.

Сальмонеллы обладают выраженной устойчивостью во внешней среде:

- в воде могут жить до 130 дней;
- в мясных и колбасных продуктах – от 50 до 140 дней;
- в замороженном мясе, яйцах и сырах выживают до 13 месяцев;
- в молочных продуктах, находящихся в холодильнике — до 25 дней;
- в сливочном масле 40 — 130 дней;
- в выделениях, помете и фекалиях — от 70 дней до 4 лет.

Во многих продуктах сальмонеллы могут размножаться. Низкую температуру возбудители хорошо переносят. А вот при кипячении погибают быстро, в течение одной минуты.

Эпидемиология. Эпидемиологическая особенность сальмонеллеза на

современном этапе – это выраженная тенденция к росту. Как ни парадоксально, но это характерно для многих стран мира, и в первую очередь для экономически развитых. Проведен анализ причин роста сальмонеллеза.

Итак, причины роста заболеваемости:

- интенсификация в животноводстве;
- масштабы и характер реализации продуктов;
- увеличение экспортно-импортных связей между странами;
- чрезвычайная выраженность миграционных процессов.

В наши дни для сальмонеллеза характерны и спорадические случаи, и эпидемические вспышки. Сезонность – круглогодичная, но с подъемом в летне-осенний период.

Источники инфекции – это преимущественно птицы и сельскохозяйственные животные. Источниками могут быть больные сальмонеллезом, но в эпидемиологическом отношении опаснее бактерионосители.

Основные пути передачи пищевой и водный. Но может быть и контактно-бытовой путь передачи, а также воздушно-пылевой. Последний может явиться причиной внутрибольничных инфекций. В последние годы значительно вырос «госпитальный» сальмонеллез.

Факторами передачи являются:

- разнообразные продукты из мяса птиц, коров, свиней, овец и других животных;
- рыбные блюда;
- куриные, гусиные яйца;
- молочные продукты;
- блюда, особенно салаты из овощей, а также фрукты.

Фактором передачи инфекции часто бывает и некипяченая вода из различных источников.

Может иметь место и прямое заражение людей от больных птиц и животных или от носителей при тесном контакте, при уходе.

Эпидемиологические особенности сальмонеллеза ниже представлены в виде графологической структуры.

Таблица 1

### Источники инфекции при сальмонеллезе



### 1.2. Патогенез, клиника и диагностика сальмонеллеза

Манифестные формы развиваются при проникновении в желудочно-кишечный тракт человека сальмонелл и их токсинов. Выявлено внедрение их и через лимфоглоточное кольцо. В желудке под действием кислого содержимого часть сальмонелл погибает, но при этом выделяется эндотоксин. Остальные микробы, которые преодолели барьер желудка, проникают в кишечник. В тонком кишечнике отмечается щелочная среда, которая комфортна для микробов. Происходит инвазия сальмонелл в ткани двенадцатиперстной и тонкой кишок. Из-за действия ферментов и других защитных субстанций, часть возбудителей погибает, но выделяет эндотоксин. Другая часть выводится из организма человека с калом.

Уцелевшие сальмонеллы активно размножаются в собственной пластинке

слизистой оболочки тонкого кишечника. Если слизистая оболочка не является достаточным барьером, они могут проникать в лимфатические узлы брызжейки и далее в кровь. Это ведет к генерализации патологии. С током крови сальмонеллы могут попадать в другие органы. Микробы способны размножаться в печени и селезенке.

Бактерии накапливаются в организме человека. Но патогенез всегда сопровождается и одновременной гибелью сальмонелл, их распадом. Это способствует выбросу эндотоксинов. Накоплением токсинов заканчивается инкубационный период и начинается продромальный.

Местно в кишечнике развивается патологическая реакция на действие токсинов. У больных развивается энтерит: жидкий стул с последующим нарушением водно-электролитного баланса.

Потеря жидкости и солей ведет к сокращению ОЦК, снижается артериальное давление. Как логический результат этого, развивается спазм мелких периферических сосудов и соответственно гипоксия. Гипоксия – это причина метаболических нарушений с развитием ацидоза.

Таким образом, возникает «порочный круг». Основную роль при этом выполняют сосудистые расстройства. Содействующие факторы: изменения в центральной нервной системе, печени, надпочечниках, почках и других органах.

В тонком кишечнике нарушаются процессы переваривания и всасывания. Происходит изменение состава естественной микрофлоры в кишечнике.

Для генерализованных форм характерно накопление сальмонелл и размножение их в лимфатической системе и во многих внутренних органах. В этом случае развивается тифоподобный вариант болезни. Также может развиваться и септикопиемия. Это две тяжелые формы патологии [18, с. 287].

Клиническая классификация различных форм сальмонеллеза представлена ниже в виде таблицы.

## Клиническая классификация сальмонеллеза

Клинические формы		
I. Гастроинтестинальная	II. Генерализованная	III. Бактериовыделение
1. гастритический вариант	1. тифоподобный вариант;	1. острое
2. гастроэнтерический вариант	2. септикопиемический вариант.	2. хроническое
3. гастроэнтероколитический вариант		3. транзиторное

Наиболее частой клинической формой является гастроинтестинальная. Ее степени тяжести – это: легкая, среднетяжелая и тяжелая. Степень тяжести зависит от выраженности обезвоживания и интоксикации [17, с. 170].

Инкубационный период длится от 2-6 часов до 2 — 3 суток. Начало острое. Для продромального периода характерны симптомы поражения желудочно-кишечного тракта и интоксикации. Симптомы интоксикации: слабость, головная боль, чувство ломоты в теле, гипертермия, озноб, снижение аппетита.

В периоде разгара отмечаются тошнота, рвота, жидкий стул, боли в животе. Рвота многократная, приносящая кратковременное облегчение. Частота стула зависит от степени тяжести и колеблется от 2 до 15-20 раз в сутки. Стул обильный с примесью слизи, водянистый. У трети больных кал имеет зеленоватую окраску. Стул нормализуется чаще к концу 1-й недели болезни. В отдельных случаях диарея сохраняется более 10 дней.

Постоянным симптомом является боль в животе. При пальпации чаще отмечается разлитая боль. Иногда она локализуется в правой подвздошной области, umbilical или эпигастральной областях. Определяется урчание.

Гастритический вариант сальмонеллеза клинически проявляется только синдромом гастрита.

Гастроэнтероколитический вариант характеризуется вовлечением в

патологический процесс кроме желудка, тонкого кишечника еще и толстой кишки, то есть развитием колита. Вместе с толстой кишкой в патологический процесс может вовлекаться печень и поджелудочная железа.

Часто при сальмонеллезе поражается и сердечно-сосудистая система. Ведущими при этом являются сосудистые расстройства. При поражении миокарда отмечаются следующие симптомы: снижение звучности сердечных тонов, появление экстрасистолии, систолического шума на верхушке сердца.

При нарушении кровообращения в почках, выраженными изменениями водно-электролитного баланса может развиваться острая функциональная почечная недостаточность.

При гастроинтестинальных формах средней степени температура тела снижается до нормы в течение 2 — 5 дней. Происходит постепенное исчезновение симптомов интоксикации. Нормализация стула на 3 — 7 дни болезни. Функциональное состояние желудочно-кишечного тракта приходит в норму позже, чем клиническое выздоровление.

Генерализованная форма: тифоподобный вариант имеет начало, сходное с гастроинтестинальной формой. Но он не заканчивается за 3-7 дней, а приобретает черты, сходные с брюшным тифом. Этот вариант может начинаться с симптомов интоксикации. У больных отмечаются выраженная слабость, нарастающая головная боль, гипертермия, ознобы. Гастроэнтерит слабо выражен или вовсе отсутствует. Имеет место волнообразная или неправильного типа лихорадка до 38 — 39С, она держится 10 — 14 дней. Выражены такие симптомы, как: вялость, адинамия, нарушение сна, сильная головная боль, метеоризм. Кожные покровы бледные, склеры субиктеричные. Розеолезная сыпь иногда появляется на коже груди и живота. Постоянно отмечается гепатоспленомегалия. Отмечается относительная брадикардия.

Септико-пиемический вариант — сепсис. Отличается коротким продромом. Он протекает по типу гастроэнтерита. Имеет место клиника типичной септикопиемии. Температура гектического характера, озноб. У больных жалобы на потливость, боли в мышцах ног и сильные головные боли.

Нарушается сознание: бред, возбуждение, галлюцинации. На бледной, иногда зеленовато-желтого цвета коже появляются петехии. Болезнь прогрессирует и в различных органах и тканях возникают вторичные септико-пиемические очаги. Это может привести к развитию эндокардита, пневмонии, плеврита, абсцессов мягких тканей, пиелита. Гепатоспленомегалия.

После перенесенного сальмонеллеза в ряде случаев может быть острое или хроническое носительство. Чаще отмечается острое бактерионосительство, когда после клинического выздоровления микроб продолжает выделяться от 2 недель до 3 месяцев.

Если сальмонелла определяется более 3 месяцев после клинического выздоровления, то процесс расценивается как хроническое бактерионосительство. Диагноз хронического бактерионосительства подтверждается при диспансерном наблюдении за пациентом в течение 6 месяцев и повторными бактериологическими исследованиями кала.

Транзиторное (краткосрочное) бактерионосительство характеризуется:

1. отсутствием клинической симптоматики болезни в настоящее время и предшествующие 3 месяца;
2. одно — двукратным выделением сальмонеллы при 3 последующих отрицательных результатах при бактериологическом исследовании кала;
3. отрицательным результатом серологического исследования в динамике.

Диагноз и дифференциальный диагноз. При постановке диагноза — сальмонеллез учитывают:

- эпидемиологические данные;
- характерные клинические симптомы;
- результаты лабораторной диагностики.

Эпиданамнез предполагает связь заболевания с некачественными продуктами. Большое значение имеет групповой характер болезни, наличие контакта с другими больными людьми или животными.

При обследовании больного акцентируют внимание на остром начале, ознобе, тошноте, рвоте, болях в эпигастральной области и по ходу тонкого кишечника, обильном водянистом стуле со зловонным запахом темно-коричневого или зеленого цвета.

Лабораторные методы исследования. Превалирует бактериологическая диагностика. Для ее проведения производят забор кала больного, рвотные массы, промывные воды желудка, кровь, желчь, а также подозрительные продукты. Если результат отсутствует, проводят серологическое исследование. Серологические методы: РНГА, латексная агглютинация, коагглютинация, ИФА. Для этого исследования утром натощак производится забор крови из вены в количестве 3 – 5 миллилитров [17, с. 175].

### **1.3. Лечение, уход и профилактика сальмонеллеза**

Госпитализация больных не является обязательной. Больные с легкой степенью могут лечиться амбулаторно. Стационарное лечение показано:

- больным со среднетяжелой и тяжелой степенью,
- детям младшего возраста,
- пациентам пожилого возраста,
- при тяжелой сопутствующей патологии.

По эпидемиологическим показаниям госпитализируются лица, относящиеся к декретированным группам:

- работники пищевой промышленности;
- работники системы водоснабжения;
- детских учреждений;
- проживающие в общежитиях;
- медицинские работники;
- военнослужащие;
- дети из детских домов и школ-интернатов.

Методы лечения обусловлены клинической формой и степенью тяжести.

Часто не требуют лечебных мероприятий субклиническая форма и острое бактерионосительство. В этих случаях назначение лекарственных средств может способствовать удлинению санации.

Основным методом при лечении гастроинтестинальных форм является патогенетическая терапия. Она включает:

- дезинтоксикацию;
- регидратацию;
- восстановление ОЦК;
- ликвидацию местных процессов поражения желудочно-кишечного тракта.

При необходимости параллельно проводят терапию сопутствующих патологий.

Основой базисного лечения является диетотерапия. Применяется диета механически и химически щадящая. Из рациона больного в острый период сальмонеллеза исключают молоко и все блюда, которые включают молоко, а также тугоплавкие жиры. Углеводы ограничивают, так как они потенцируют процессы брожения.

Диета пациентов включает:

- суп и борщ на овощном отваре, незажаренные;
- каши на воде или на овощных отварах (овсяная и рисовая);
- нежирную рыбу в отварном виде;
- котлеты, фрикадельки, приготовленные на пару;
- фруктовые кисели;
- творог, сыр (нежирные и неострые).

Расширяется диета постепенно. На рацион здорового человека можно переходить на 25-28 дни от начала болезни, но при условии полного клинического выздоровления.

Первое, с чего начинают лечение – это промывание желудка. Эта процедура более эффективна в первые часы заболевания. С промывными водами удаляют из организма зараженные продукты, микробы и их токсины.

Но эту процедуру можно проводить и в более поздние сроки. Лучше всего промывать желудок 2-3% раствором пищевой соды. Для взрослого больного объем для промывания составляет 2 — 3 литра при температуре раствора 18 — 20С. Более качественным будет промывание с помощью желудочного зонда. Критерии качественного промывания желудка – это чистые промывные воды, прекращение рвоты, уменьшение тошноты.

Промывание желудка при легкой степени исчерпывает весь объем помощи. Если есть обезвоживание I—II степени регидратационная терапия проводится per os. Применяются растворы: «Регидрон», «Глюкосолан», «Оралит», «Цитраглюкосолан». Объемы этих растворов определяют:

- по степени эксикоза;
- выраженности интоксикации;
- по массе тела пациента.

Средняя степень тяжести и обезвоживание II степени. В этом случае регидратацию назначают в объеме 40 — 70 мл/кг. Скорость введения растворов 1,0 — 1,5 л/час, их температура 40С. Регидратацию per os проводят в два этапа.

I этап включает первичную регидратацию. Ее цель – это ликвидировать обезвоживание и интоксикацию. Продолжительность – от 2 до 4 часов.

II этап — поддерживающая терапия. Цель – ликвидировать продолжающиеся потери жидкости и солей и интоксикацию. Ее проводят в течение следующих 2 — 3 суток [13, с. 637].

Если имеет место частая повторная рвота, нарастает обезвоживание, то в терапию подключают внутривенное введение «Квартасоли», «Хлосоли», «Ацесоли», «Трисоли», температура растворов 38 — 40С. Взрослым вводят 1,5–3,0 литра за один час, скорость 40 — 50 мл/мин. На питье переходят после возмещения исходных потерь.

Тяжелая степень, обезвоживание III — IV. Растворы вводят внутривенно струйно со скоростью 80 — 120 мл/минуту. Производят подсчет выделений при рвоте и жидком стуле. Учитывают потери жидкости при дыхании и через кожу. Все, что потерял пациент за 2 часа восполняют в последующие 2 часа. На

пероральный прием жидкости переходят только после нормализации АД, прекращения рвоты и стабилизации диуреза.

В комплекс лечения входят ферменты: панзинорм, панкреатин, креон, фестал, мезим-форте. Их принимают во время приема пищи или за 10 — 20 минут до еды.

Чтобы удалить из организма микробы и их токсины применяют энтеросорбенты: полифепан, пекто, смекту, энтеродез, энтеросорб.

Спазмолитические средства и вяжущего действия: папаверин, но-шпа, атропин, висмут, отвары коры дуба, плодов черники, коры граната, черемухи назначают для нормализации перистальтики кишечника .

При генерализованных формах вместе с патогенетической терапией назначают антибиотики из группы фторхинолонов.

Санация хронических бактерионосителей осуществляется комплексно. Во – первых необходимо повысить реактивность организма. Для этих целей применяют иммунал, метилурацил, корень солодки. Вместе с тем проводится лечение сопутствующей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта. При подтвержденном диагнозе назначается сальмонеллезный бактериофаг.

Больных выписывают из больницы при условии клинического выздоровления и отрицательном результате бактериологического посева кала. Лицам декретированной группы контрольное обследование проводится трехкратно.

Профилактика. Для предупреждения сальмонеллезной инфекции необходима постоянная координация действий всех специалистов медицинской, санитарно-ветеринарной и других служб и ведомств.

Первичными профилактическими мерами являются:

- четкая и своевременная санитарно-ветеринарная экспертиза на скотобойнях;
- строгое соблюдение всех требований к технологическим процессам переработки продуктов на мясокомбинатах, птицефабриках, молокозаводах;

- на всех этапах переработки и реализации продуктов животноводства как отечественного производства, так и импортных осуществление регулярного бактериологического контроля;
- грамотная эксплуатация и контроль за непроточными и малопроточными водоемами, используемыми для разведения водоплавающих птиц;
- строгое соблюдение всех правил санитарно-эпидемиологического режима в ЛПУ, детских стационарах, родильных домах и других учреждениях.

#### **1.4. Этиология и эпидемиология иерсиниоза**

Иерсиниозы — зоонозные бактериальные инфекционные болезни, вызываемые микроорганизмами из рода *Yersinia*.

Этиология. На основании современной микробиологической классификации бактерий, *Yersinia pseudotuberculosis* и *Yersinia enterocolitica* относятся к роду *Yersinia*, семейству энтеробактерий. Иерсинии — грамотрицательные аэробы, не образующие спор. Они подвижны, так как имеют жгутики. Оптимальная температура их культивирования 22 — 28С. Они могут размножаться и при температуре 2 — 4С, это условия обычного холодильника. Но в этих условиях они накапливаются медленно. Иерсинии относятся к психрофилам, потому что растут при низких температурах. Бактерии погибают при высушивании, под действием солнечных лучей, дезинфицирующих средств, при кипячении.

Иерсинии имеют 2 антигена: соматический (О) и жгутиковый (Н). У них выделены и антигены вирулентности V и W, входящие в состав наружной мембраны микроорганизма. Различают 8 сероваров *Y. Pseudotuberculosis* по 0-антигену [13, с. 431].

Эпидемиология. Основной природный резервуар и источник возбудителя — это грызуны: дикие и синантропные. Чаще всего это черные и серые крысы,

лесные и домовые мыши, песчанки, суслики. Инфицированных грызунов выявляют в овощехранилищах, на мясокомбинатах, в лесопарках. Источниками иерсиний могут быть свиньи, коровы, кошки, собаки, индюки, лошади, различные птицы.

Основной механизм передачи иерсиниозов фекально-оральный. Инфицирование человека при контакте с животными встречается редко. Люди чаще заражаются при употреблении в пищу различных продуктов, загрязненных выделениями грызунов и других животных.

Факторы передачи бактерий это продукты, не подвергавшиеся термической обработке. Часто это овощи, фрукты, которые могут быть загрязнены иерсиниями при их транспортировке и хранении. Овощи и фрукты обсеменяются иерсиниями уже на полях. Это связано с тем, что микробы выделяются от грызунов с мочой и калом. А затем длительно сохраняются в почве, в том числе и при низкой температуре, размножаются в ней. Овощехранилища, где низкая температура и высокая влажность также являются идеальным местом для сохранения и размножения иерсиний. А капустный сок содержит вещества, которые необходимы для синтеза ферментов иерсиний. Следует учитывать, что если осенью во время закладки овощей и фруктов в хранилища обсемененность их микроорганизмами небольшая, то в течение зимы она быстро увеличивается. В марте, апреле, мае иерсинии выделяют в 50 — 60% проб с различных овощей и фруктов. С таких овощей, как морковь, капуста и лук иерсинии выделяются в 100% проб. Вспышки иерсиниоза часто обусловлены употреблением в пищу салатов из сырой капусты и моркови.

При некачественной чистке и мытье фруктов и овощей будь-то дома или на предприятиях общепита, с дальнейшим хранением блюд в холодильнике, создаются условия для накопления иерсиний. Некоторые вспышки были обусловлены продуктами животного происхождения: сыры, молоко, творог, колбасные изделия. А также это могут быть сахар, печенье, пряники, сухари, шоколад и другие, хранившиеся в складских помещениях, магазинах в

открытом виде, где были загрязнены выделениями мышей и крыс. Человек заражается пищевым путем.

Определенную роль фактора передачи имеет вода открытых водоемов.

Больные люди и бактерионосители являются источниками для взрослых и детей. Вспышки иерсиниоза могут быть семейные и внутрибольничные. Путь передачи при этом контактно-бытовой.

При псевдотуберкулезе больной человек не опасен для окружающих.

Иерсиниоз регистрируется круглогодично. Сезонность – зимне-весенние месяцы. То есть в это время заболеваемость повышается, что связано с инфицированием овощей и фруктов на складах и хранилищах.

Причины роста заболеваемости в развитых странах:

- нарушение экологического равновесия;
- изменение климатических условий;
- увеличение численности грызунов;
- ускорение урбанизации;
- создание больших складов с продуктами, овощехранилищ;
- нарушение санитарно-гигиенических норм хранения продуктов;
- обеспеченность населения холодильниками;
- возрастание роли общественного питания.

Патогенез. Иерсинии попадают в организм через рот. Для возникновения заболевания необходима инфицирующая доза, то есть определенная концентрация микробов пищевом продукте. При других ситуациях будет иметь место заражение, но заболевание не разовьется. Чем больше микроорганизмов в факторе передачи, тем чаще отмечаются симптомы поражения слизистой оболочки ротоглотки: боли при глотании, редкий сухой кашель, катаральный тонзиллит, подчелюстной лимфаденит.

Размножение иерсиний в месте входных ворот, их гибель с освобождением эндотоксина определяют развитие синдрома интоксикации: лихорадка, головная боль, боль в мышцах, слабость.

Далее иерсинии попадают в желудок, где развивается катарально-

эрозивный гастродуоденит. Затем их путь в тонкий кишечник: поражается чаще всего дистальный отдел подвздошной кишки, купол слепой кишки и начальный участок толстой кишки.

Брыжеечные лимфатические узлы являются барьером генерализации инфекции. Они реагируют воспалением, которое выражается мезентериальным лимфаденитом, клинически диагностируемым у детей и астенизированных взрослых при пальпации.

Часто при иерсиниозах поражается червеобразный отросток. Аппендицит чаще катарального характера, но может быть и флегмонозное воспаление аппендикса. Иерсиниозный аппендицит может развиваться как самостоятельная клиническая форма. Но чаще ему предшествует гастроинтестинальная.

При хорошей барьерной функции регионарных лимфоузлов патология может ограничиться локализованной интестинальной формой.

При высокой вирулентности иерсиний, снижении иммунологической активности организма бактерии проникают в кровь. Далее разносятся и фиксируются во внутренних органах — развивается генерализованный процесс. В этом случае иерсинии можно обнаружить при посеве крови.

Вариантами течения генерализованного иерсиниоза являются гепатиты, менингиты, пиелонефриты, пневмонии. Наиболее часто поражается печень с развитием иерсиниозного гепатита. Может быть и иерсиниозный сепсис.

При полноценных гуморальной и клеточной системах иммунной защиты заболевание заканчивается выздоровлением. В противном случае после исчезновения клинических симптомов острой формы возникает рецидив болезни. Рецидив проявляется аналогично первой волне, только менее интенсивно. Другим вариантом неблагоприятного исхода острых форм является формирование иерсиниозных артритов, узловатой эритемы, синдрома Рейтера.

## 1.5. Клиническая картина и диагностика иерсиниоза

Таблица 3

Классификация клинических форм иерсиниоза

Форма заболевания	Клинический вариант	Степень тяжести	Особенности течения
Гастроинтестинальная	Гастроэнтерит Энтероколит Гастроэнтероколит	легкая, среднетяжелая, тяжелая	стертое, острое, затяжное, хроническое
Абдоминальная	Мезентериальный лимфаденит Терминальный илеит Острый аппендицит		
Генерализованная	Смешанный Септический Септико-пиемический		
Вторично-очаговая	Артриты Узловатая эритема Миокардит Синдром Рейтера.		

Из всех клинических форм иерсиниоза гастроинтестинальная встречается наиболее часто, более 50%. В условиях амбулаторного лечения эта форма определяется как «пищевая токсикоинфекция» или «острая кишечная инфекция». Часто она протекает по гастроэнтеритическому варианту. Больные отмечают тошноту, боли в животе. Повышается температура, появляются симптомы интоксикации. У пациентов наблюдается повторная рвота, жидкий стул.

При объективном обследовании больных с гастроинтестинальной формой определяются гепатомегалия, «малиновый» язык, симптомы поражения других органов и систем. Больные жалуются на кратковременные боли в суставах,

чувство жжения ладоней и подошв, распирание в них. Часто присутствуют катаральные явления. Появляется экзантема – скудная, быстро исчезающая сыпь. Со 2 – 3 недели начинается шелушение на коже.

Абдоминальная форма может протекать как острый аппендицит. В клинике отмечаются сильные постоянные или приступообразные боли в правой подвздошной области или вокруг пупка. Перед появлением болей может быть острый гастроэнтерит, повышение температуры.

Существует еще два варианта абдоминальной формы – это мезаденит и терминальный илеит. Один из кардинальных симптомов при них – это резкая болезненность в илеоцекальной области. Пациентов госпитализируют в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. У худых больных можно пропальпировать справа от пупка увеличенные болезненные плотные брызжеечные лимфоузлы. Ни мезаденит, ни илеит не требуют оперативного лечения. Но достоверно судить до лапаротомии о диагнозе невозможно.

Длительность абдоминальной формы составляет 3-4 недели. Заболевание заканчивается выздоровлением. Абдоминальная форма может осложняться:

- перитонитом,
- спайками в брюшной полости,
- стенозом терминального отдела подвздошной кишки.

В ряде случаев течение заболевания может быть более длительное:

- несколько месяцев, иногда лет сохраняются боли в животе,
- периодически повышается температура,
- возобновляются боли в суставах.

Для генерализованной формы при смешанном варианте характерно острое начало. Первые симптомы болезни в начальном периоде (1 — 3 дня) это интоксикация. Основные симптомы интоксикации:

- озноб или жар, лихорадка;
- головная боль от умеренной до очень сильной, головокружение;
- слабость, недомогание;

- снижение аппетита, анорексия;
- нарушение сна, бессонница;
- потливость;
- раздражительность или апатия;
- чувство ломоты в мышцах, в поясничной области, костях.

Практически одновременно или через несколько дней появляются катаральный и диспепсический синдромы. У больных наблюдаются следующие симптомы:

- боли в горле, особенно при глотании;
- сухой кашель и заложенность носа;
- боли в животе различной локализации;
- тошнота, нередко рвота, жидкий стул.

Пациенты жалуются на чувство жжения в области ладоней и подошв. Объективно у больных обнаруживается гиперемия кожи лица, шеи и верхней части груди, ладоней и подошв. Это симптомы «капюшона», «перчаток», «носков». При осмотре ротоглотки отмечается яркая гиперемия слизистых оболочек дужек, мягкого неба, энантема. Имеет место конъюнктивит, эписклерит. Период разгара заболевания характеризуется экзантемой, которая появляется в период с 1 по 4 дни от начала болезни. Сыпь концентрируется на кистях и стопах. Она пятнисто-папулезная, слегка зудящая. Но сыпь может быть и мелко- или крупно-пятнистая, уртикарная, эритематозная. Бывает, что сыпь носит скарлатиноподобный характер. Пятнисто-папулезная и уртикарная сыпь располагается вокруг крупных суставов, узловатая эритема – на голени. В ходе заболевания возможны подсыпания. У некоторых больных сыпь может быть скудная, не зудящая.

На второй неделе начинается крупно- или мелкопластинчатое шелушение. Оно выражено на коже подошв, на ладонях, пальцах рук.

При смешанном варианте иерсиниоза в периоде разгара появляется общий для всех форм симптом — боли в суставах. Эти боли разной интенсивности. Могут быть сильные боли, мешающие больным самостоятельно

вставать или поворачиваться в постели. Почти одновременно, а реже последовательно поражаются следующие суставы: коленные, голеностопные, локтевые, межфаланговые, лучезапястные. Плечевые суставы, тазобедренные, межпозвоночные, челюстно-височные поражаются редко. Артралгии могут сохраняться от 4 дней до 3 недель.

Диспептический и катаральный синдромы, имевшие место еще в продромальном периоде, отмечаются и в периоде разгара. Характерен внешний вид больного: бледное лицо, особенно носогубный треугольник, субиктеричность склер и кожи, полилимфаденопатия. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Почти у всех больных гепатомегалия, реже спленомегалия.

В периоде разгара признаками поражения ЦНС являются:

- усиливающаяся головная боль и головокружение;
- нарушение сна;
- вялость, адинамичность, негативизм;
- редко выявляется менингеальный синдром.

Лихорадка постоянная, волнообразная или неправильного типа. Ее продолжительность в среднем составляет 5 — 6 дней. Затем самочувствие больных улучшается. В периоде реконвалесценции могут оставаться субфебрильная температура, вегетативные расстройства: потливость, тахикардия, лабильность пульса и давления.

Гепатомегалия характерна для всех форм. При иерсиниозных гепатитах, поражение печени на первом плане. Иерсиниозный гепатит характеризуется:

- болями в правом подреберье,
- иктеричностью кожи и видимых слизистых,
- увеличением билирубина за счет связанной фракции,
- умеренной гиперферментемией.

Желтуха проявляется уже с первых дней болезни. Желтушность умеренная, сохраняется от 3 до 10 дней. С ее появлением самочувствие больных не улучшается. Сохраняются симптомы интоксикации, продолжается

лихорадка. Одновременно появляются и другие симптомы: боли в правой подвздошной области, артралгии, экзантема, диарея.

Поражение нервной системы бывает при любой форме иерсиниоза. Развивается синдром вегетативной дисфункции:

- головокружение, подташнивание;
- боли в грудной клетке;
- тахи- или брадикардия, сердцебиение;
- потливость, раздражительность;
- нарушение сна.

Менингит бывает редко. Для него характерно сочетание лихорадки, головной боли, рвоты и менингеальных симптомов.

Согласно статистическим данным, септический вариант генерализованной формы встречается не часто. Протекает данный вариант тяжело. Имеет следующую клинику:

- длительная лихорадка гектического типа;
- повторные потрясающие ознобы, профузный пот;
- резко выраженная и длительная интоксикация;
- рецидивирующее течение;
- тяжелое поражение многих органов и систем;
- тяжелые осложнения вплоть до разлитого илеита с перфорацией стенки кишечника и развитием ИТШ.

Вторично-очаговая форма не является самостоятельной. Она может развиваться после любой. Частым ее вариантом являются артриты. Характерно асимметричное поражение суставов ног. Интенсивность артралгий велика.

Для иерсиниозного миокардита характерны:

- температура в пределах субфебрильных цифр,
- быстрая утомляемость, одышка, тахикардия,
- боли в области сердца, появление систолического шума на верхушке.

Течение миокардита доброкачественное, но длится он несколько месяцев.

Лабораторная диагностика.

1. Бактериологический метод. Метод бактериологического исследования включает обогащение материала – это: фекалии, моча, смыв из глотки, кровь, цереброспинальная жидкость, мокрота при низких температурах. Эффективность данного метода зависит от условий забора материала. Метод достоверен, но длителен, до 10 дней.

2. Иммунологический метод. Это ИФА – иммуно-ферментный анализ, позволяет выявить антигены в слюне, моче, копрофильтрах, крови больных. Оптимально необходимо исследовать два вида материала от больного в ранние сроки до десятого дня болезни.

3. Серологический метод. В конце 1 или начале 2 недели болезни в крови появляются антитела к иерсиниям, в титрах 1: 100 — 1:400. Обязательным условием является определение специфических антител в динамике болезни в парных сыворотках, не менее чем в двух, взятых от больных в конце 1-й и начале 2 — 3-й недели болезни. Для серодиагностики применяют РНГА с эритроцитарным диагностикумом и РА.

## **1.6. Лечение, уход и профилактика иерсиниоза**

Лечение больных иерсиниозами проводится с учетом формы и тяжести течения. Выбор препарата определяется чувствительностью иерсиний.

Препаратом выбора в настоящее время является тетрациклин пролонгированного действия — доксициклин или его аналоги – вибрамицин, гевациклин. Доксициклин назначают по 1 капсуле 1 раз в день в течение 10 дней. Также эффективен тетрациклин в суточной дозе до 1,2г. — по 0,3г. 4 раза в день в течение 10 дней.

Несмотря на свою токсичность, применяется и левомецетин (хлорамфеникол). Его назначают по 0,5г. 4 раза в сутки. Однако, надо принимать во внимание его побочные эффекты: резкое воздействие на анаэробную микрофлору кишечника, токсическое действие на органы

кровообразования. Лечение левомицетином проводится при развитии менингита.

При генерализованных формах применяют пefлоксацин. Взрослым его назначают в течение 10 дней по 400 мг 2 раза в сутки.

Для парентерального введения используют гентамицин: по 40 мг 3 раза или по 80 мг 2 раза в день.

Иерсинии также чувствительны к цефалоридину (цепорин), налидиксовой кислоте (невиграмон), бисептолу.

Рекомендуется назначение биопрепаратов: бифидумбактерин, лактобактерин, бификол, молочно-кислый бифидумбактерин.

В комплексную терапию включают десенсибилизирующие средства: диазолин, супрастин, тавегил, дипразин, пипольфен.

Целесообразность дезинтоксикационной терапии определяется выраженностью интоксикации.

Более сложно лечится вторично-очаговая форма. Антибиотики не имеют самостоятельного значения. Основой ее лечения является массивная десенсибилизирующая терапия, гормональная, в сочетании с назначением противовоспалительных нестероидных препаратов: вольтарен, индометацин, хлотазол, бутадион, далагил. Целесообразно применение иммунокорректоров: нуклеината натрия, пентоксила, метилурацила. В комплексную терапию входят неспецифические иммуностимуляторы: нормальный человеческий иммуноглобулин, полиглобулин.

Исходы и диспансеризация реконвалесцентов. Заболевание заканчивается обычно полным выздоровлением. Летальные исходы редки, встречаются преимущественно у детей. Прогностически неблагоприятны прогрессирующие артриты и стойкий, рецидивирующий энтерит.

После перенесенного иерсиниоза реконвалесценты должны находиться на диспансерном наблюдении не менее 3 месяцев. Кроме тщательного клинического обследования с обращением особого внимания на боли в суставах, животе, расстройство стула, проводят общий анализ и биохимическое исследование крови, анализ мочи, а по показаниям — посев кала, ЭКГ.

Профилактика. Уничтожение грызунов и предупреждение проникновения их на пищевые блоки, в овощехранилища, магазины, склады является основой профилактики. Работники декретированных профессий должны регулярно проходить обязательное плановое обследование. Необходимо осуществлять постоянный контроль за сохранностью овощей и фруктов в овощехранилищах. Своевременно выявлять больных иерсиниозом животных, особенно свиней, коров. Среди обслуживающего персонала больниц следует выявлять бактерионосителей и больных легкими формами, чтобы недопустить внутрибольничные вспышки.

### **Выводы по теоретической части.**

- Такие острые кишечные инфекции, как сальмонеллез и иерсиниоз представляют собой актуальную проблему в современной медицине. Это связано с их повсеместной распространенностью.
- Данные инфекции занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной кишечной патологии, а нередко и смертности людей разного возраста.
- Эксперты ВОЗ сделали заключение, что сальмонеллез и иерсиниозы, как зоонозные инфекции, не имеют себе равных по сложности эпизоотологии, эпидемиологии и трудностям борьбы с ними.
- В последнее десятилетие отмечается 3-7-кратный подъем заболеваемости сальмонеллезом в экономически развитых странах мира. Сальмонеллез называют «болезнью цивилизации».
- В настоящее время ни в одной стране мира не стоит вопрос о его ликвидации, меры предпринимаются только для снижения уровня заболеваемости и ограничения распространения среди основных источников инфекции.
- На современном этапе обоснована тревога медработников по поводу иерсиниоза. Это связано с неблагоприятными исходами и последствиями после перенесенной инфекции, а именно: хронизацией инфекционного процесса и формированием системных аутоиммунных

патологий. Так что иерсиниоз выходит за рамки чисто инфекционного заболевания.

➤ С инфекционными больными первыми встречаются врачи общей практики, скорой помощи, а также медицинские сестры.

➤ От квалификации медицинских работников, от знаний и умений медицинской сестры зависят ранняя диагностика, определение тактики лечения, уход, организация противоэпидемических мероприятий, а в конечном итоге — жизнь пациента и благополучие окружающих его людей.

## ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ И ИЕРСИНИОЗЕ

### 2.1. Ситуация по заболеваемости сальмонеллезами и иерсиниозами в Белгородской области

В исследовательской части дипломной работы первоначально была поставлена цель, проанализировать ситуацию по заболеваемости кишечными инфекциями в Белгородской области и городе Белгороде. Медицинская сестра четко должна представлять, с каким контингентом больных чаще приходится работать, объем работы. На основании статистических данных за последние шесть лет составлена таблица. Обращает на себя внимание большое разнообразие нозологических групп кишечных инфекций и количество больных.

Таблица 4

Заболеваемость ОКИ в Белгородской области

Заболевание	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Сумма ОКИ	5934	5899	6076	4637	4659	4082
Сальмонеллезы	1036	597	509	551	465	500
Сальмонеллезы В	70	48	61	57	37	57
Сальмонеллезы С	14	20	36	26	24	12
Сальмонеллезы Д	932	510	395	432	392	425
Сальмонеллезы прочие	20	19	17	36	12	6
Дизентерия	91	70	77	32	20	15
Дизентерия бактериальная	87	68	74	30	19	15
ОКИ установленной этиологии	2536	2764	3212	2776	2644	2566
ОКИ установленные бактериальные	1589	1617	1810	1436	1669	1422

Заболевание	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ОКИ – эшерихиозы	57	45	46	32	48	60
Кампилобактериозы	0	14	0	0	2	3
ОКИ – иерсиниозы	7	3	6	3	2	5
ОКИ – установленные вирусные	939	1112	1398	1340	975	1144
ОКИ – ротавирусные	911	1089	1158	1105	763	780
ОКИ – вирус Норволк	28	21	240	242	212	364
ОКИ неустановленной этиологии	2271	2468	2278	1872	1995	1501

На основании данных в таблице 4 построены диаграммы.

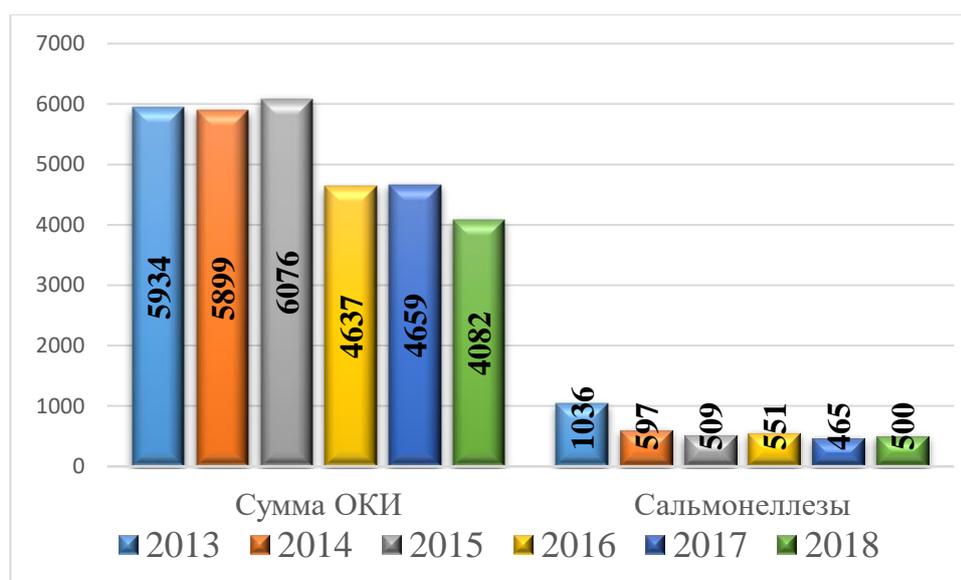


Рис.1. Заболеваемость ОКИ и сальмонеллезом в Белгородской области

Вывод: в целом заболеваемость острыми кишечными инфекциями до 2015 года приблизительно оставалась на одном уровне. Больше всего больных ОКИ зарегистрировано в 2015 году 6076 человек. Но за последние два года заболеваемость снизилась. А именно:

- в 2016 году заболеваемость уменьшилась на 24% по сравнению с 2015 годом;

- в 2017 ниже на 23% по сравнению с 2015 годом;
- в 2016 и 2017 годах заболеваемость практически остается на одном уровне, но все же на 0,5% больше в 2017 году;
- в 2018 году сумма ОКИ самая низкая за последние 6 лет. Заболеваемость ОКИ снизилась на 12,4% по сравнению с 2017 годом.

Таблица 5

Динамика заболеваемости ОКИ и сальмонеллезом в Белгородской области

Годы	2014	2015	2016	2017	2018
ОКИ	- 0,6%	+ 3%	- 23,7%	+ 0,5%	-12,5%
Сальмонеллез	- 42,4%	- 14,7%	- 31%	+ 29,6%	+7,3%

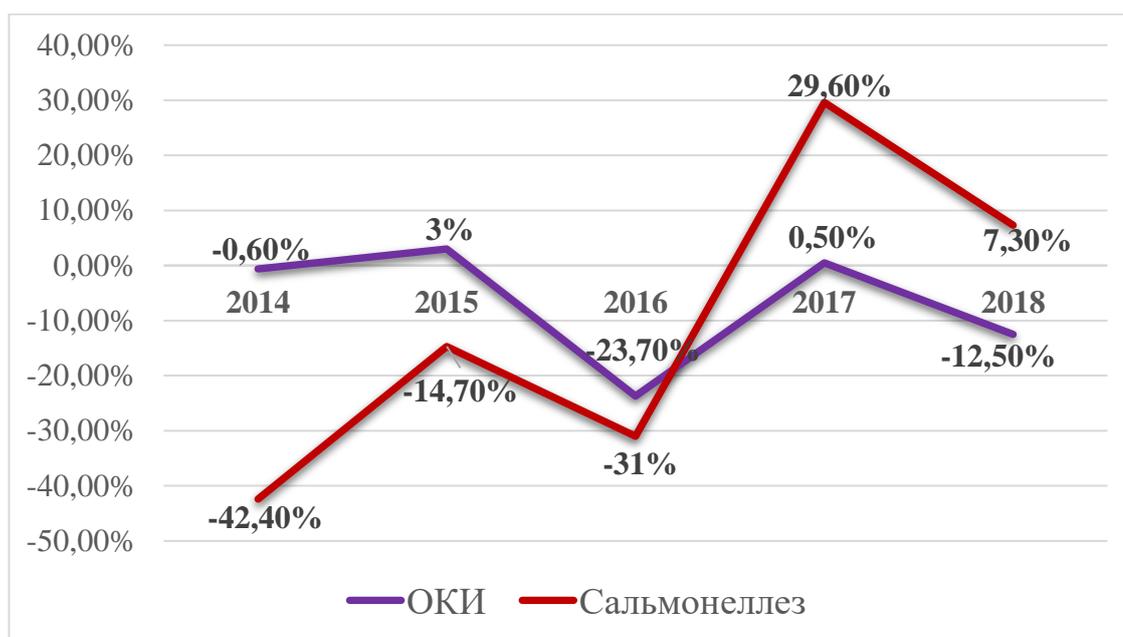


Рис.2. Динамика заболеваемости ОКИ и сальмонеллезом в Белгородской области, выраженная в %

И все же уровень заболеваемости ОКИ остается высоким, то есть ежегодно регистрируется много больных.

Что касается сальмонеллеза, то до 2016 года заболеваемость снижалась. В целом заболеваемость сальмонеллезом сократилась на 51% в период с 2013 по 2015 год. В 2016 году заболеваемость еще уменьшилась на 31% по сравнению с

2015 годом. А вот в 2017 году число больных выросло, заболеваемость увеличилась на 29,6%. На 7,3% выросла заболеваемость и в предыдущем 2018 году. Сальмонеллез – одна из наиболее часто встречающихся острых кишечных инфекций в Белгородской области. Далее проведен более тщательный анализ заболеваемости сальмонеллезом в Белгородской области (Рис.3).

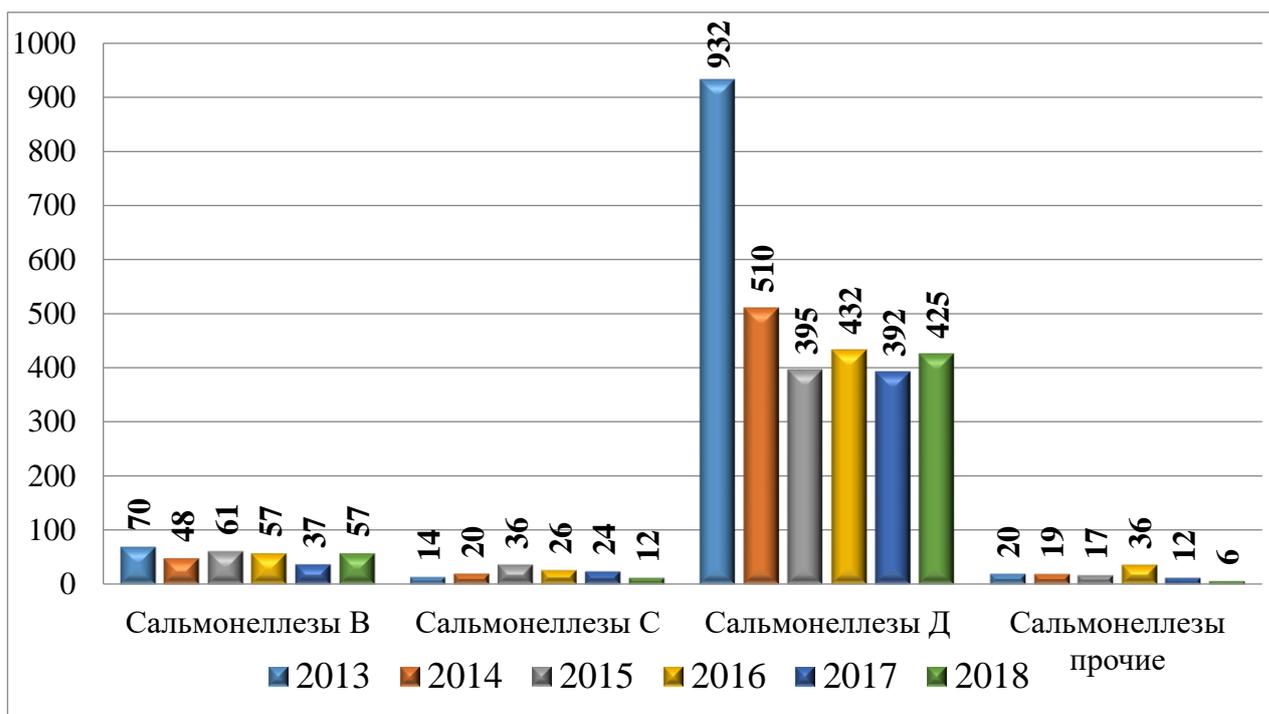


Рис.3. Заболеваемость сальмонеллезом в Белгородской области

Вывод: в период с 2013 по 2015 год заболеваемость сальмонеллезом Д сократилась на 537 человек, что составило 57%. А с 2015 по 2017 год оставалась практически без изменений. Заболеваемость сальмонеллезом С с 2013 до 2015 года возросла, но с 2016 по 2017 года наблюдается уменьшение количества заболевших. Случаи сальмонеллеза группы В с 2013 по 2014 год уменьшились, но возросли к 2015 году, и постепенно уменьшались с 2015 года по 2017 год. Прочие сальмонеллезы оставались практически без изменений с 2013 года по 2017 год. В 2018 году заболеваемость сальмонеллезом группы Д увеличилась на 8,2%, группы В на 54%, только сальмонеллез группы С уменьшился в 2 раза.

Анализируя лабораторные данные, то есть анализы больных, пришли к выводу, что на первом месте стоит salmonella enteritidis. То есть чаще вызывает заболевание именно этот возбудитель.

Далее проанализирована заболеваемость иерсиниозами в период с 2013 года, то есть за последние 6 лет.

Таблица 6

Заболеваемость иерсиниозом в Белгородской области

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Заболевание						
Иерсиниоз	7	3	6	3	2	5

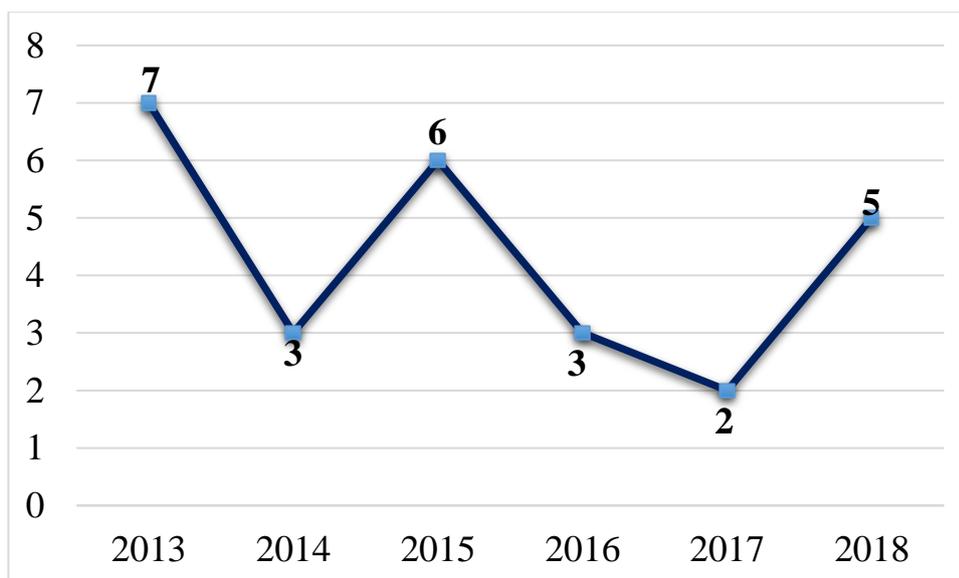


Рис.4. Заболеваемость иерсиниозом в Белгородской области

Вывод. Количество иерсиниозов уменьшилось за период с 2013 по 2014 год, но возросло в 2015 году, а с 2016 по 2017 год количество заболевших снизилось. Абсолютные цифры иерсиниозов небольшие: 2016 год – 2; 2017 год – 3, 2018 год – 5 человек. Но в лабораторной диагностике иерсиниозов есть определенные трудности. Бактериологическое исследование затруднено из-за особенностей возбудителя. Поэтому часть иерсиниозов не диагностирована.

Данная информация необходима для грамотного проведения медицинской сестрой первичной, вторичной, третичной профилактики.

## **2.2. Ситуация по заболеваемости сальмонеллезом и иерсиниозом в Российской Федерации**

Эпидемиологическая ситуация по сальмонеллезам в Российской Федерации является неблагоприятной. В среднем за период с 2009 по 2018 годы регистрировалось около 50000 случаев в год. Летальность составляет 0,01 – 0,02 на 100 тысяч населения, среди детей – 0,03. При этом, продукты птицеводства рассматриваются как главный фактор передачи инфекции человеку.

Экономический ущерб, при регистрации около 50000 случаев сальмонеллезной инфекции человека в год составляет 1.55 млрд. рублей (только медицинские расходы).

Больше всего прецедентов заболевания сальмонеллезом зарегистрировано в Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком автономных округах. Также высокая заболеваемость отмечается в Томской, Магаданской, Челябинской, Смоленской, Иркутской, Кемеровской, Новосибирской, Калининградской, Липецкой, Оренбургской, Свердловской областях. Регулярно регистрируется сальмонеллез в Пермском, Приморском, Красноярском, Хабаровском краях, Удмуртской Республике.

Далее проведен анализ факторов передачи сальмонеллеза в РФ. Результат представлен в таблице 7.

Таблица 7

Факторы передачи сальмонеллеза в РФ

Факторы передачи	Яйца	Куры, мясо	Свинина	Мясо к.р.с.	Салаты с майонезом или сметаной	Пирожные, торты	Вода	Рыба
Частота в %	15%	30%	13%	19%	12%	6%	3%	2%

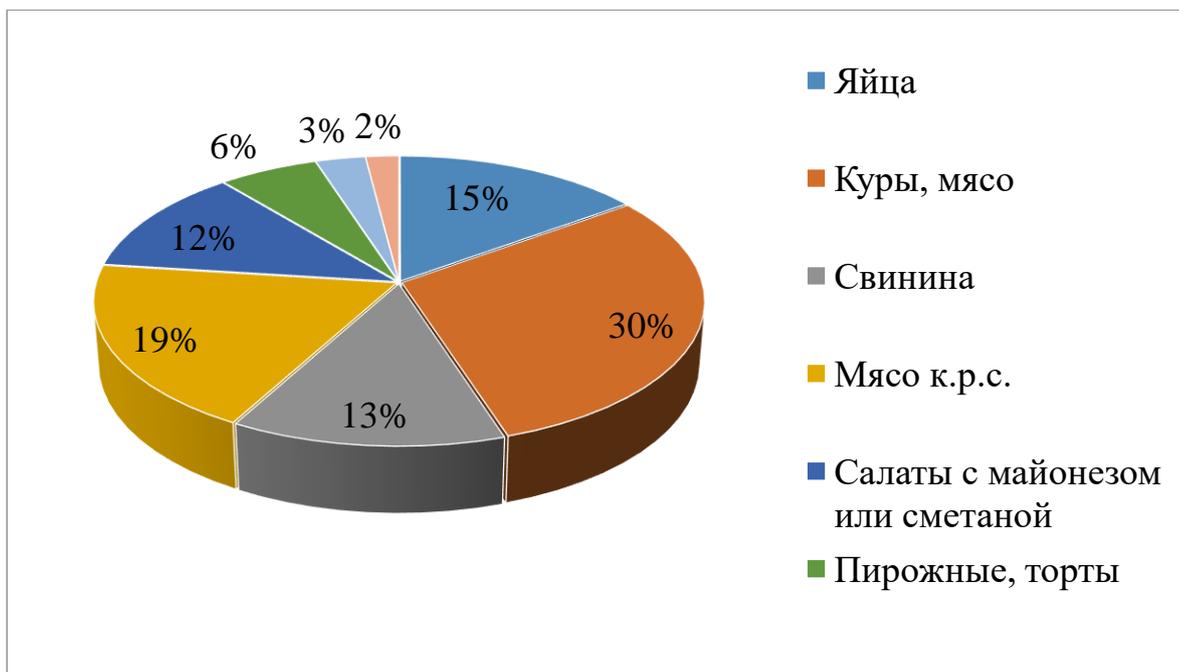


Рис. 5. Факторы передачи сальмонеллеза в РФ

Вывод: на первом месте как фактор передачи сальмонеллеза находятся куры и мясо кур. Большой процент связан и с яйцами. Затем следуют продукты из мяса крупного рогатого скота. Сюда включена и молочная продукция. Далее свинина. Часто заболевание связано и с салатами, особенно, если использовался майонез. Имеют значение и пирожные, торты, а также вода. Все это необходимо учитывать при проведении первичной профилактики среди населения.

Далее проанализирована ситуация по иерсиниозу. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека информирует, что в Российской Федерации остается напряженной ситуация по численности синантропных грызунов. Эти грызуны представляют собой природный резервуар более чем 20 опасных для человека инфекций, в том числе заболеваний, вызываемых иерсиниями.

Во всех регионах страны в настоящее время регистрируется заболеваемость иерсиниозами. Самыми распространенными возбудителями являются *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis*.

В Российской Федерации показатель заболеваемости колеблется от 3 до 6 случаев на 100 тысяч населения. Показатель заболеваемости на Дальнем Востоке, в Приморском крае, Западной Сибири и Северо-Западном регионе выше в 3—5 раз.

По данным Центрального НИИ эпидемиологии Минздрава РФ, этот показатель варьирует по отдельным регионам страны и на неких территориях сохраняется довольно высоким — до 40-50 и даже 138 на 100 тысяч населения. При всем этом отмечается, что заболеваемость среди детей в 3-4 раза выше, чем среди взрослых. Регистрируется 4-5 тысяч случаев заболевания иерсиниозами, из них более 50% составляют дети до 14 лет.

### **2.3. Данные социологического исследования**

Для более тщательного изучения имеющихся и потенциальных проблем в организации и проведении профилактики сальмонеллеза, для улучшения качества сестринского ухода за пациентами, проведено социологическое исследование.

Анонимно в анкетировании участвовало 30 пациентов, находящихся на лечении в ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Павловского».

Возраст респондентов – от 18 до 60 лет.

Социальный портрет респондентов выглядит следующим образом:

- женского пола – 60%;
- мужского – 40%;

Условия жизни респондентов:

- имеют отдельную квартиру или дом – 90%;
- проживают в коммунальных условиях – 10%;
- городские жители – 60%;
- проживают в сельской местности – 40%.

Следующий раздел анкетирования отражает грамотность пациентов в плане сальмонеллезозов.

1. О том, что существует такое заболевание, как сальмонеллез, знают все.
2. Об основных причинах сальмонеллеза знали 25 человек из 30.
3. Основные симптомы заболевания назвали 28 респондентов.
4. После возникновения заболевания обратились за медицинской помощью:
  - в первые часы болезни 5 человек;
  - к концу первых суток – 7 человек;
  - на второй день – 10;
  - на третьи сутки – 7 человек;
  - на четвертый день – 1.

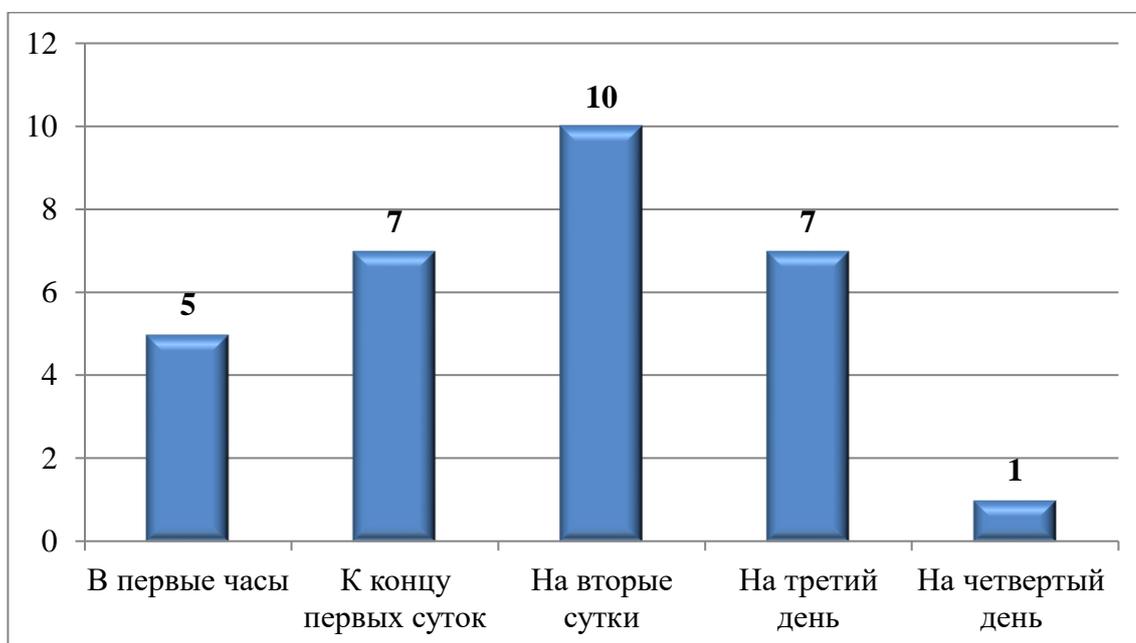


Рис. 6. Сроки обращения за медицинской помощью

На диаграмме (Рис. 6) отражены сроки обращения больных за медицинской помощью. Только 40% респондентов обратились за профессиональной помощью в первые сутки от начала болезни. 33% пациентов обратились на вторые сутки. А 27% обратились поздно, только на 3-4 день болезни. Это необходимо учитывать медсестре при проведении профилактической работы.

5. Против самолечения 27 из 30 респондентов.
6. О необходимости специальной диеты при ОКИ, знали все.

7. Подробно о том, какая это должна быть диета знали немногие, из 30 респондентов только 7 (Рис. 7). Остальные лишь слышали о диете. Самая частая ошибка – это употребление в пищу молока и других молочных продуктов, а также мясных бульонов (куриного) в первые дни заболевания. Что молоко можно включать в диету только после прекращения жидкого стула не знали все. Неполные сведения и о том, какие овощи и фрукты и в каком виде разрешаются в период заболевания. Необходимо дополнительно рассказывать и о длительности соблюдения диеты. Только половина респондентов знали о том, что диету следует расширять постепенно в периоде выздоровления.

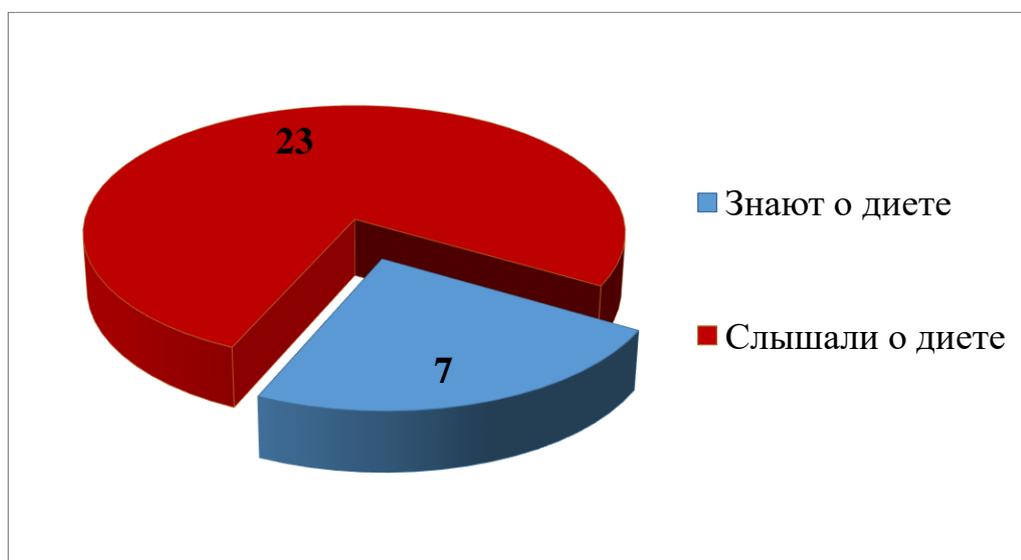


Рис. 7. Осведомленность респондентов о диете

8. При нарушении диеты ухудшение состояния отметили все больные.

Важно было выяснить причины несоблюдения диеты.

Таблица 8

Причины несоблюдения диеты респондентами

Причины несоблюдения диеты	Готовлю для всей семьи	Соблазны в магазинах	Нет условий на работе	Не считаю главным в лечение	Не хватает средств
Число респондентов	18	11	10	6	5

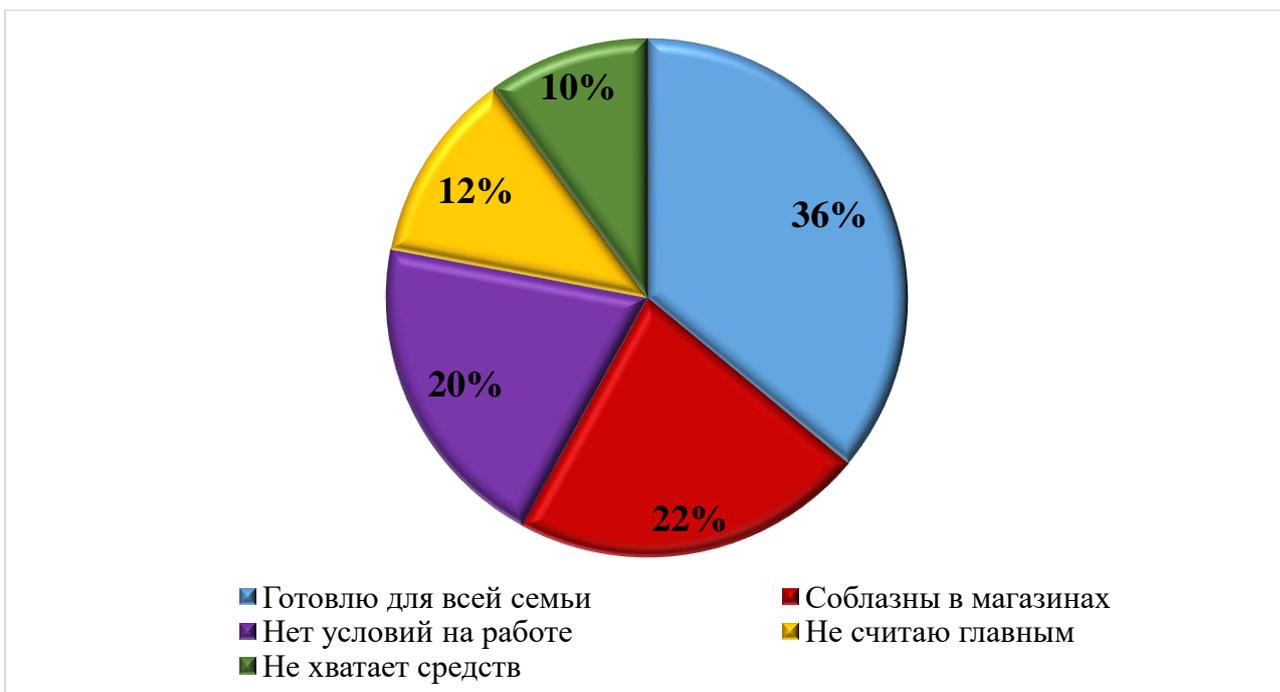


Рис. 8. Причины несоблюдения диеты респондентами

Некоторые респонденты называли по две причины. Чаще всего, а именно 60% отмечали, что готовят для всей семьи. Отдельно еще готовить для себя не хватает времени, а порой и средств.

37% отметили, что не могут устоять перед разнообразием продуктов в магазинах, кафе.

Отсутствие условий для соблюдения полноценной диеты на работе, как главную причину назвали 33%. Ведь следует принимать пищу небольшими порциями (300-400 грамм) 4-5 раз в день.

20% не верят в лечебные свойства диеты.

Информацию о сальмонеллезе респонденты получили:

- 38% узнали из средств массовой информации,
- 14% – от друзей и знакомых,
- 22% – от медицинских сестёр,
- 26% – от врачей.

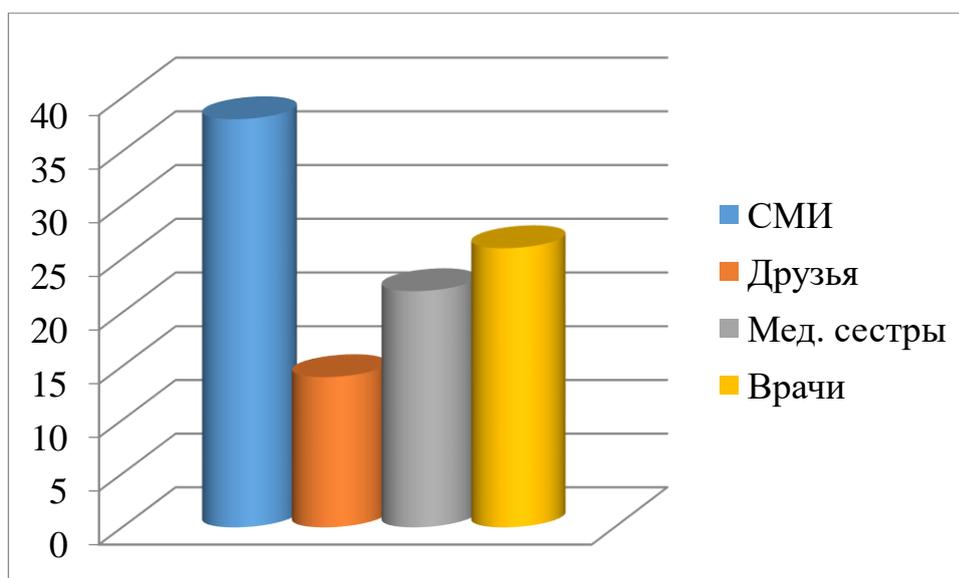


Рис. 9. Источники информации о сальмонеллезе

- 52% респондентов получают информацию о заболевании от друзей и знакомых, из интернета и других немедицинских источников. Но эта информация не всегда достоверна. В этих случаях, нельзя быть полностью уверенным в научности полученной информации;
- 48% респондентов получили сведения от медицинских работников. Необходимо сделать вывод, так как, к сожалению, это очень малое количество;
- для качественной и эффективной профилактической работы медицинской сестре необходимо чаще проводить индивидуальные беседы, выпускать сан. бюллетени, создавать памятки;
- также медицинским работникам желательно вести надзор за СМИ, чтобы вовремя пресечь недостоверную информацию.

#### **2.4. Первичная, вторичная и третичная профилактика при сальмонеллезах и иерсиниозах**

Вышеизложенная информация важна для профилактической работы медицинской сестры. Медсестра должна доступным языком грамотно и убедительно объяснить пациенту важность своевременного обращения за

медицинской помощью при сальмонеллезах и иерсиниозах. Также заранее рассказать о диете. Составлена таблица 9, где перечислены продукты, рекомендуемые и не рекомендуемые при сальмонеллезе и иерсиниозе. Данная таблица может применяться на практике, как медицинскими работниками, так и служить памяткой для пациентов.

Таблица 9

Диета при сальмонеллезе и иерсиниозе

<b>Виды продуктов</b>	<b>Рекомендуются</b>	<b>Не рекомендуются</b>
Напитки	Некрепкий чай, какао на воде, несладкие компоты из сухофруктов, кисели и отвары из черники, черной смородины, шиповника (без сахара).	Кофе, газированные напитки с высоким содержанием сахара, виноградный, яблочный соки.
Хлеб	Сухарики из белого хлеба, несоленые крекеры, сухое печенье.	Любой свежий хлеб, черный хлеб, хлеб с отрубями, сдобные изделия.
Фрукты, овощи, ягоды	Бананы, протертые, печеные яблоки, черника, кизил, айва. Отварные или тушеные кабачки, морковь. Печеный картофель.	Любые свежие сырые фрукты и овощи, свежие соки.
Первые блюда	Слизистые супы на вторичном мясном, рыбном или овощном бульоне с разваренными крупами.	Жирные наваристые супы и борщи, крепкие бульоны из мяса и рыбы.
Молочные продукты	Свежий протертый через сито творог, кефир.	Цельное молоко, сливки, йогурты, сладкие сырки.
Мясные продукты, птица, рыба	Нежирные сорта мяса и рыбы в виде паровых тефтелей. Мясо курицы (без кожи), отварная рыба.	Жирное мясо (свинина, баранина), жирная рыба (камбала), птица (утка, гусь).
Крупы, злаки	Отварной на воде рис, жидкие слизистые каши из гречки, овса (на воде).	Пшено, пшеничная крупа, макаронны; горох, фасоль, чечевица, бобы.

Далее составлено приблизительное меню при сальмонеллезе и иерсиниозе в острый период.

**Завтрак:**

- протертая рисовая полужидкая каша, сваренная на воде;
- некрепкий полусладкий чай с сухариками из белого хлеба.

**Второй завтрак:** кисель с белыми сухариками.

**Обед:**

- первое блюдо – борщ или суп на овощном отваре (не зажаривать) с сухариком;
- второе блюдо – мясное суфле;
- стакан шиповникового отвара или какао на воде.

**Полдник:** кисель или желе из черной смородины.

**Ужин:**

- протертая гречневая каша и куриная паровая котлета;
- некрепкий чай или яблочный компот.

**Вывод:**

1. многие пациенты не сразу обращаются за медицинской помощью после возникновения заболевания;
2. пробуют лечиться самостоятельно, по совету близких людей, друзей;
3. не знают, какую диету следует соблюдать при заболевании,
4. не все получают информацию о заболеваниях от квалифицированных медицинских работников.

Подводя итог, определим объем работы медицинской сестры с акцентом на профилактику (Рис. 10).

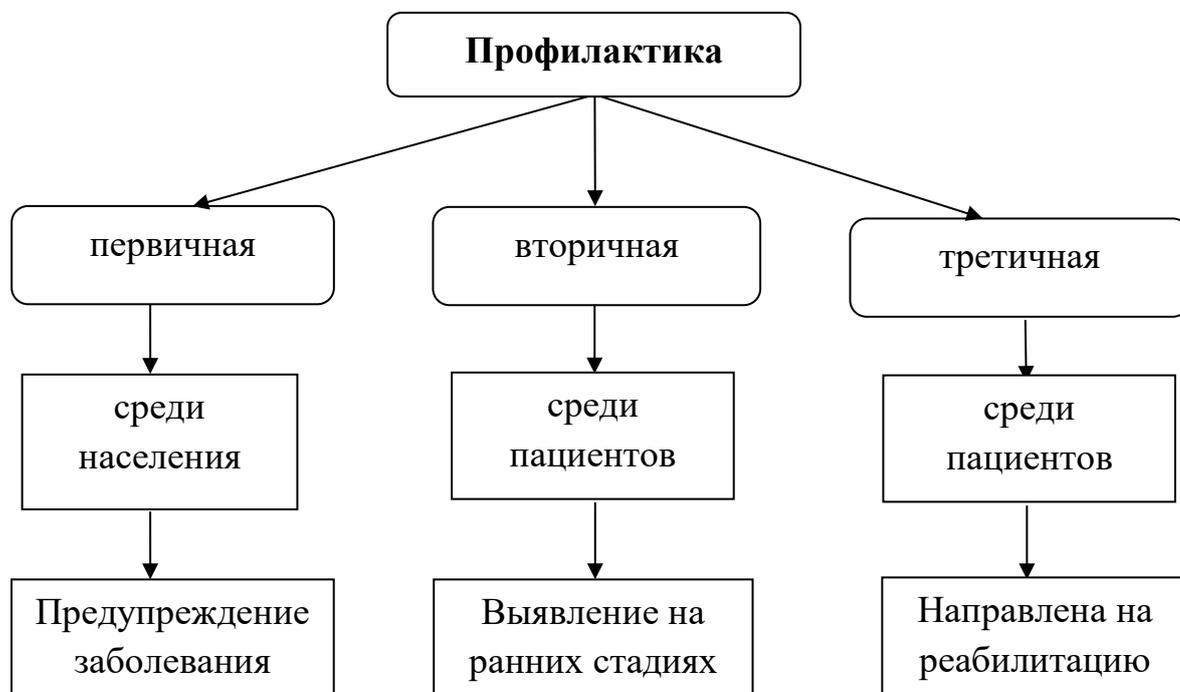


Рис. 10. Графологическая структура профилактической работы медицинской сестры

Первичная профилактика направлена на предотвращение самих кишечных инфекций, в том числе сальмонеллеза и иерсиниоза. Здесь важны все принципы рационального питания при здоровом образе жизни. Также медсестра заранее рассказывает о диете. Это делается для исключения ошибок на догоспитальном этапе при заболевании.

Для профилактики сальмонеллеза и иерсиниоза необходимо соблюдать следующие простые, но очень нужные и полезные правила.

1. Тщательно, обязательно с мылом мойте руки при возвращении домой, перед едой и приготовлением пищи, после посещения туалета, после контакта с животными.
2. Не покупайте продукты в местах не санкционированной торговли или с рук. Нельзя приобретать продукты сомнительного качества, с истекшим сроком годности. Требуйте у продавцов сертификаты качества на продукцию.
3. Не приобретать сомнительные продукты, даже если они стоят дешевле.

4. Молоко, не упакованное в стерильную тару, нельзя пить не кипяченым.

5. Не допускайте контакт между сырыми и готовыми пищевыми продуктами. Правильно приготовленная пища может быть загрязнена путем соприкосновения с сырыми продуктами.

6. Для разделки продуктов: сырых и вареных, овощей и мяса, использовать отдельные разделочные доски и ножи.

7. Мыть куриные яйца перед использованием, не употреблять сырыми и варить их не менее 10–15 минут после закипания под крышкой.

8. Относиться к приготовлению пищи серьезно. В процессе варки (жарки) микроорганизмы уничтожаются, но помнить, что температура во всех частях пищевого продукта должна достигнуть 80°C и поддерживаться на этом уровне не менее 10 минут.

9. Скоропортящиеся продукты хранить в холодильнике в пределах допустимых сроков хранения.

10. Правильно распределяйте и храните пищевые продукты в холодильниках. Оставшиеся на следующий день приготовленные блюда, перед употреблением необходимо подвергать термической обработке.

11. Салаты, винегреты и другие холодные блюда ограждать от загрязнения руками в процессе их готовки. Хранение этих блюд в заправленном виде при комнатной температуре не более часа, особенно в летний период.

12. Проводить мероприятия по дератизации.

Цель вторичной профилактики – предупредить ухудшение состояния пациента, возникновение возможных осложнений.

Третичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов и переход заболевания в хроническую форму.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболеваемость сальмонеллезами и иерсиниозами является одной из актуальных проблем в структуре ОКИ. Социальные условия жизни населения, сознательность, соблюдение правил общей и личной гигиены оказывают большое влияние на заболеваемость. Чем выше социальный и культурный уровень населения, организация профилактической и лечебной помощи, санитарного просвещения, тем меньше распространенность сальмонеллезов и иерсиниозов и смертность.

В дипломной работе проведен теоретический анализ литературы, определены профессиональные и общие компетенции медицинской сестры в организации и проведении лечебно-диагностической и профилактической помощи пациентам с сальмонеллезом и иерсиниозом.

Сделаны выводы:

- сальмонеллез и иерсиниоз – это заболевания, имеющие острое и хроническое течение;
- восприимчивость при них всеобщая;
- изначально имеют значение преморбидный фон, состояние иммунной системы;
- сальмонеллез и иерсиниоз лечатся как стационарно, так и амбулаторно;
- медицинская сестра принимает непосредственное участие в диагностическом процессе, осуществляет уход за больными, проводит профилактику среди населения;
- медицинская сестра должна в совершенстве знать современные аспекты данной патологии.

Медицинская сестра участвует в проведении лечебно-реабилитационной и профилактической помощи пациентам. Именно она проводит с ними большую часть времени. Медсестра наблюдает за состоянием больных, правильно и своевременно выполняет врачебные назначения.

На основании проведенного анализа статистических данных определено, что заболеваемость за два последних года в РФ и Белгородской области увеличилась. Одна из причин – это несвоевременное проведение профилактической работы. Население часто предпочитает лечиться самостоятельно.

В условиях современности профессиональная роль медицинской сестры в профилактике инфекционных заболеваний усложняется и расширяется.

Исключительное значение придается соблюдению противэпидемического режима, контроль за которым осуществляет медсестра.

Медицинская сестра должна быть профессионально ориентирована в инфекционной патологии и основах эпидемиологии.

Медицинская сестра должна уметь применять полученные знания в своей практической деятельности.

**Предложения:**

- медицинским сестрам больше внимания при проведении первичной профилактики уделять семьям;
- подробно рассказывать населению о значении правильного питания;
- создавать памятки по профилактике кишечных инфекций для населения;
- чаще проводить беседы по данной патологии среди населения;
- медицинским сестрам всегда быть доброжелательными и вежливыми, как при общении с больными, так и с населением в целом.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонова, Т. В. Инфекции в практике медицинской сестры [Текст] : учеб. пособие / Т. В. Антонова, В.Б. Барановская, Д. А. Лиознов, Н. В. Сабадаш. – Санкт-Петербург : СпецЛист, 2015. – 240 с.
2. Белоусова, А. К. Диагностика инфекционных заболеваний. МДК 01.01. Пропедевтика клинических дисциплин [Текст] : учеб. пособие / А. К. Белоусова; под ред. О. И. Морозовой. – 19-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. – 187 с.
3. Белоусова, А. К. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии [Текст] : учеб. пособие / А. К. Белоусова, В. Н. Дунайцева; под ред. Б. В. Кабарухина. – 4-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2014. – 412 с.
4. Богословская, Е. В. Лабораторная диагностика инфекционных болезней [Текст] : учеб. пособие / Е. В. Богословская, Г. В. Белошицкий; под ред. Е. В. Мостковой. – 3-е изд. – Москва : Бином, 2014. – 648 с.
5. Василенко В.Х. Гребнев А.Л. Михайлова Н.Д. Пропедевтика внутренних болезней [текст] – М. Медицина, 2014. – 654.
6. Возианова, Ж. И. Инфекционные и паразитарные заболевания [Текст] / Ж. И. Возианова // Здоровье. - 2016.—№ 1.— С. 171–188.
7. Запруднов, А. М. Педиатрия с детскими инфекциями [Текст] : учеб. пособие / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 506 с.
8. Комарова Ф.Н., Кукеса В.Г., Внутренние болезни [текст]– М. Медицина, 2016. – 45.
9. Лазовский И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов [текст] – Медицина, 2015. – 542.
10. Лобзин, Ю. В. Руководство по инфекционным болезням [Текст] : учеб. пособие / Ю. В. Лобзин. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Фолиант, 2014. — 932 с.

11. Лучшев, В. И. Атлас инфекционных болезней [Текст] : учеб. пособие / В. И. Лучшев, С. Н. Жаров; под ред. В.В. Никифорова. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 224 с.
12. Маколкин В.И. Овчаренко С.И. Внутренние болезни [текст] – М. Медицина, 2014. – 324.
13. Покровский, В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология [Текст] : учеб. пособие / В. И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико, Б. К. Данилин. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1008 с.
14. Рычнев, В. Е. Методические указания по классификации инфекционных болезней для студентов, субординаторов, интернов и врачей [Текст] : учеб. пособие / В. Е. Рычнев. – 3-е изд. – Воронеж : Поларис, 2015. – 45 с.
15. Семенов, В.М. Руководство по инфекционным болезням [Текст] : учеб. пособие / В. М. Семенов, Т. И. Дмитраченко, В. М. Козин, И. В. Жильцов, Д. В. Пискун, С. К. Зенькова, Д. М. Семенов, И. В. Кучко; под ред. В.М. Семенова. – 2-е изд. – Москва : Медицинская литература, 2014. – 745 с.
16. Учайкин, В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей [Текст] : учеб. пособие / В. Ф. Учайкин. – 4-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 482 с.
17. Шувалова, Е. П. Инфекционные болезни: учеб. пособие / Е. П. Шувалова. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 959 с.
18. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни [Текст] : учеб. пособие / Н. Д. Ющук, Г. Н. Кареткина, Л. И. Мельникова. – 5-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 512 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## Приложение 1.

Уважаемые респонденты! Анкетирование проводится с целью изучения знаний о причинах развития и методах профилактики такой кишечной инфекции, как сальмонеллез. Просим Вас ответить на следующие вопросы (перед нужным ответом поставить галочку).

### АНКЕТА

#### «ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ, РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ И ИЕРСИНИОЗОМ».

1. Укажите Ваш возраст: \_\_\_\_\_.
2. Ваш пол:
  1. женский;
  2. мужской.
3. Отметьте местность, где Вы проживаете:
  1. сельская;
  2. город;
  3. поселок.
4. Укажите условия проживания: отдельная квартира, дом
  1. да;
  2. нет;
  3. если нет, то какие условия для проживания \_\_\_\_\_.
5. Известно ли Вам такое заболевание, как сальмонеллез:
  1. да;
  2. нет.
6. Выберите возможные на Ваш взгляд причины сальмонеллеза:
  1. несоблюдение правил личной гигиены;
  2. несоблюдение правил хранения и приготовления продуктов питания;
  3. употребление не кипяченой воды;
  4. купание в загрязненных водоемах;
  5. другой вариант ответа \_\_\_\_\_.

7. Какие симптомы заболевания Вам известны?

1. понос;
2. боли в животе;
3. снижение аппетита, тошнота, рвота;
4. повышение температуры;
5. другой вариант ответа \_\_\_\_\_.

8. Знаете ли Вы о диете во время заболевания и после него?

1. знаю;
2. знаю поверхностно;
3. не знаю.

9. За медицинской помощью обратились

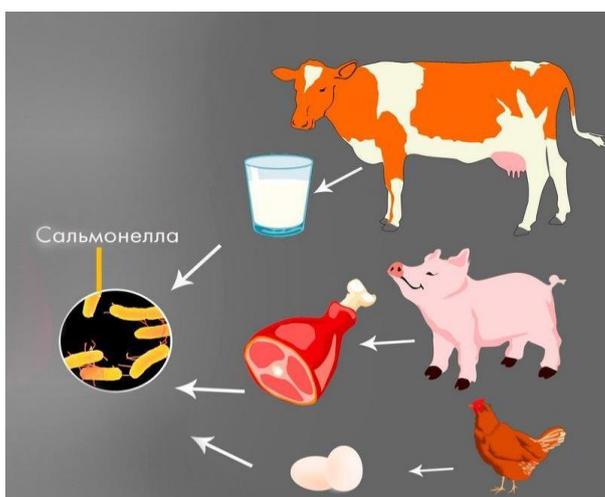
1. в первые часы болезни;
2. к концу первых суток;
3. на второй день;
4. на третьи сутки;
5. на четвертый день

10. Назовите источники Вашей информации о заболеваниях и их профилактике:

1. от врача;
2. от медсестры;
3. из СМИ (печати, из интернета);
4. от друзей и знакомых.

## Памятка по профилактике сальмонеллеза

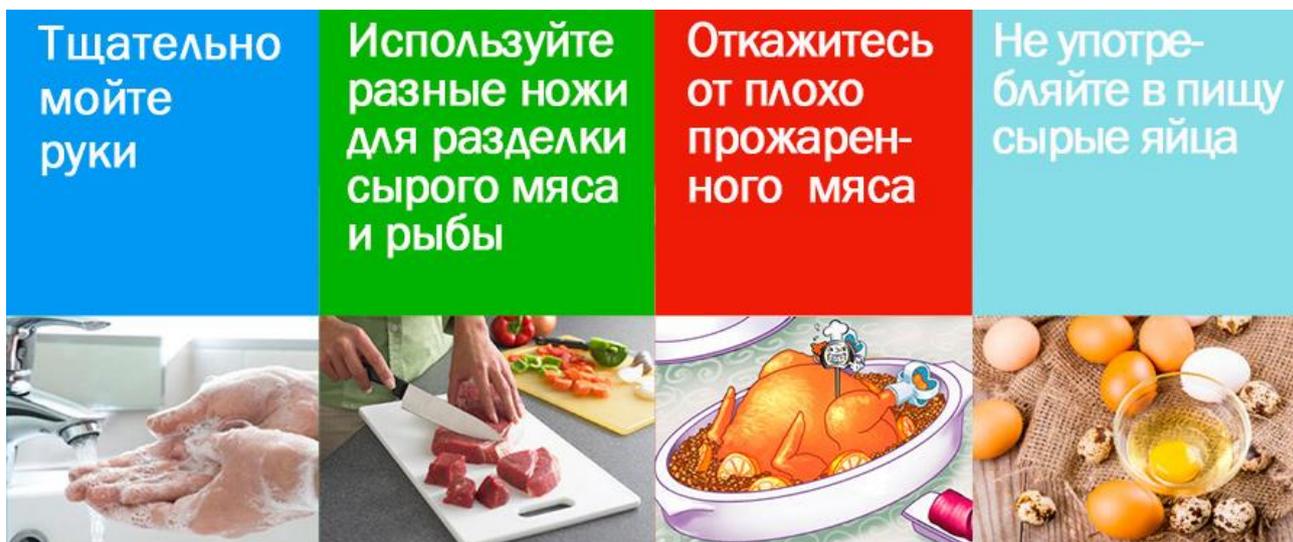
Во избежание заболевания сальмонеллезом, необходимо соблюдать следующие правила.



1. Своевременно и тщательно мойте руки с мылом при возвращении домой, перед едой и приготовлением пищи, после посещения туалета, после контакта с животными;
2. Не приобретайте продукты в местах не санкционированной торговли или с рук, сомнительного качества, с истекшим сроком годности. Требуйте у продавцов сертификаты качества на пищевую продукцию;
3. Молоко, не упакованное в стерильную тару, нельзя пить некипяченым.
4. Исключите контакт между сырыми и готовыми пищевыми продуктами. Даже правильно приготовленная пища может быть загрязнена при соприкосновении с сырыми продуктами;



5. Для разделки продуктов (сырых и вареных, овощей и мяса) используйте отдельные ножи и разделочные доски;
6. Мойте куриные яйца перед использованием, не употребляйте сырые и варите их не менее 10-15 минут после закипания.
7. Отнеситесь к приготовлению пищи серьезней. В процессе варки (жарки) сальмонеллы уничтожаются, но помните, что температура во всех частях пищевого продукта должна достигнуть 80°C и поддерживаться на этом уровне не менее 10 мин;
8. Скоропортящиеся продукты сохраняют в холодильниках в пределах допустимых сроков хранения;
9. Правильно храните пищевые продукты (в холодильнике). Если приготовленные блюда остаются на следующий день, то перед употреблением их следует подвергать термической обработке;
10. Предохраняйте салаты, винегреты и другие холодные блюда от загрязнения руками в процессе их приготовления. Хранение этих блюд в заправленном виде при комнатной температуре допустимо не более часа.



Эти простые правила позволят Вам уберечь себя и свою семью от сальмонеллеза.