

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

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студента

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051611
Костевой Светланы Игоревны

Научный руководитель
преподаватель Кумаргей И.Ф.

Рецензент
Главная медицинская сестра,
ОГБУЗ «Детская областная клиническая
больница»
Киреева Т.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	6
1.1.Этиология и патогенез.....	6
1.2.Клинические проявления острых кишечных инфекций у детей.....	11
1.3.Уход за больными детьми и профилактика острых кишечных инфекций.....	19
ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.....	23
2.1. Организационная структура поликлиники и кабинета инфекционных заболеваний ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» детская поликлиника № 4	23
2.2. Исследование осведомленности проведения профилактических мероприятий при острых кишечных инфекциях у детей старшего школьного возраста.....	28
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Данная тема работы является актуальной, потому что острые кишечные инфекции (ОКИ) в структуре инфекционной заболеваемости занимают второе место после острых респираторных вирусных инфекций и гриппа, представляя масштабную проблему для педиатрической практики. На их долю приходится более 40% всех госпитализированных инфекционных больных. Доля ОКИ среди инфекционных причин в структуре младенческой смертности в Российской Федерации колеблется от 36 до 60%, эта болезнь не имеет тенденции к снижению, исключая небольшой спад заболеваемости в отдельные годы.

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 1 млрд. случаев диарей, среди которых 60-70% дети в возрасте до 5 лет; умирают среди них около 3 млн. детей в дошкольном возрасте.

По статистическим данным Роспотребнадзора, за январь-октябрь 2018 года в РФ зарегистрировано 29260 случаев других сальмонеллезных инфекций, 6260 случаев дизентерии, 438555 случаев острых кишечных инфекций, вызванных неопределенными инфекционными возбудителями, пищевых токсико-инфекций, причины которых не установлены. Возбудители кишечных инфекций принадлежат к разнообразным таксономическим группам. В роли этиологических агентов выступают бактерии (шигеллы, сальмонеллы, диарегенные эшерихии, иерсинии, кампилобактры, стафилококки, клебсиеллы и др.); вирусы (рота-, адено-, энтеро-, астро-, корона-, торо-, калицивирусы и др.); простейшие (лямблии, криптоспоридии и др.). Наиболее актуальным остается изучение кишечных инфекций у детей раннего возраста, что обусловлено частым развитием при тяжелых формах заболеваний, в этой возрастной группе резко выраженных токсикоза, дегидратации и диареи. Восприимчивость детей раннего возраста к инфекционным заболеваниям своеобразна.

Главной частью работы медицинской сестры является санитарно-просветительская, а также разъяснительная работа среди пациентов и их родственников. В ее обязанности входит оценка гигиенического состояния наблюдаемых пациентов, обучение их самих и их родственников грамотному уходу и самоуходу.

Цель исследования - проанализировать профилактическую деятельность медицинской сестры при острых кишечных инфекциях у детей.

Для достижения поставленной цели решались **задачи исследования:**

1. Рассмотреть анализ теоретических данных по проблеме острых кишечных инфекций у детей.

2. Провести социологическое исследование осведомленности проведения профилактических мероприятий при острых кишечных инфекциях у детей старшего школьного возраста

3. Разработать предложения по совершенствованию сестринских услуг в профилактике острых кишечных инфекций у детей.

Для решения поставленных задач применяли **объект исследования** – дети старшего школьного возраста, которые обращаются в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» детская поликлиника № 4.

Предмет исследования – профилактическая деятельность медицинской сестры детской поликлиники

Методы исследования:

- научно-теоретическая оценка списка источника и периодических изданий по теме исследования;

- организационный метод;

- социологические: анкетирование, интервьюирование.

Гипотеза: работа медицинской сестры детской поликлиники станет эффективной, если будут реализованы мероприятия, которые способствуют профилактике острых кишечных инфекций в детском возрасте, а также помогут ускорить выздоровление или улучшить состояние здоровья детей при данной патологии.

Теоретическая значимость: обоснованы теоретические аспекты профессиональной деятельности медицинской сестры при острых кишечных инфекциях у детей, определена организация работы и теоретически обоснованы разработанные данные.

Практическая значимость: полученные в результате исследования данные позволят оценить работу медицинской сестры в профилактике острых кишечных инфекций у детей, а также разработать предложения по повышению эффективности работы сестринского персонала.

Объём и структура выпускной квалификационной работы. Состав дипломной работы определяется объектом, предметом, целью и задачами исследования. Работа включает в себя: введение, две главы, заключение, список использованных материалов и источников литературы, приложение.

Введение объясняет актуальность данной проблемы, определяет уровень научной разработки темы, объект, предмет, цель, задачи и способы изучения выпускной квалификационной работы.

ГЛАВА. 1 ТЕОРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

1.1. Этиология и патогенез

Кишечная инфекция у детей - группа инфекционных заболеваний различной этиологии, протекающих с преимущественным нарушениями со стороны пищеварительного тракта, повышением температуры, токсической реакцией и обезвоживанием организма. Заболеваемости детей острой кишечной инфекцией способствует нарушение нормальной микробиоты кишечника, употребление некачественной воды, неправильное хранение продуктов, несоблюдение правил личной гигиены, антисанитарные условия жизни. Кишечные инфекции подразделяются на два основных вида – бактериальные и вирусные. Наиболее часто возбудителем кишечных инфекций у детей бывают грамотрицательные энтеробактерии, такие как шигеллез (дизентерия), сальмонеллез, эшерихиозы, иерсиниоз и условно-патогенная флора (клостридии, протей, стафлококки и др.). Кроме того, возбудителем кишечных инфекций, также могут быть вирусы (аденовирусы, ротавирусы), простейшие и грибы.

Дизентерия (шигеллез) — инфекционная болезнь, вызываемая бактериями рода *Shigella*, характеризующаяся фекально-оральным механизмом передачи и преимущественным поражением толстой кишки с явлениями интоксикации. Вызывают данное заболевание бактерии рода Шигелл. Род Шигелл включает более 50 серологических разновидностей микробов. Самыми распространёнными видами являются бактерии Григорьева – Шига, Флекснера, Зонне, Штутцера – Шмитца, Лардж – Сакса. Дизентерийные бактерии – грамотрицательные неспороносные палочки, не образующие спор, хорошо растущие на обычных питательных средах. Шигеллы обладают достаточной устойчивостью во внешней среде, могут сохранять свою жизнеспособность до

30-45 дней, что позволяет им сохраняться в воде больше недели, в почве – до трех месяцев, в продуктах питания – до четырех недель, хорошо выживают низкую температуру и высушивание. Длительное время могут находиться на предметах домашнего обихода. Шигеллы погибают под действием дезинфектантов и прямых солнечных лучей, при нагревании до 60°C гибнут через полчаса, а при кипячении – мгновенно.

Источник инфекции – больной человек (даже при стертом течении болезни) и здоровый бактерионоситель дизентерийной палочки. Более высокая восприимчивость к дизентерии наблюдается у детей от 2 до 7 лет, значительно реже заболевание встречается в первый год жизни ребенка, возбудитель выделяется с испражнениями. При развитии шигеллеза дети представляют наибольшую опасность для окружающих, так как в первый день заболевания с калом выделяется наибольшее количество бактерий. Механизм заражения дизентерией фекально-оральный. Пути заражения: бактерии могут проникать в организм ребенка с пищей (через инфицированные продукты), водой (при употреблении некачественной воды, при купании в водоёме или бассейне) или при пользовании предметами быта (через общую посуду, грязные руки и игрушки), а также при несоблюдении правил личной гигиены (то есть заражение происходит контактно-бытовым путем). Дизентерию еще также называют заболеванием грязных рук. Переносить данное заболевание могут и мухи. Характерен подъем заболеваемости в летне-осенний сезон. Заражение наиболее часто происходит при употреблении сырой воды, продуктов, которые не подвергаются термической обработке (например, салатов и сырого молока), у которых истек срок годности, а также неправильно хранящихся и скоропортящихся продуктов. При употреблении невымытых или некачественно помытых овощей и фруктов риск заражения шигеллезом увеличивается. Если больной не моет руки после посещения туалета, то на своих руках он переносит возбудитель болезни и оставляет его на всех предметах, с которыми соприкасается. Заболевание может наблюдаться, как в виде единичных случаев, так и в виде вспышек. В семейных очагах дети заражаются в 40% случаев. У

детей с ослабленным иммунитетом, сопутствующими заболеваниями, а также при присоединении интеркуррентных инфекций (ОРВИ и др.) наблюдается формирование хронической дизентерии. Груднички заражаются от лиц, ухаживающих за ними. В первые три года жизни дети очень восприимчивы к дизентерии.

Эшерихиозы – собирательное название группы кишечных инфекций, вызываемых кишечной палочкой *E.coli*, которая имеет вид короткой полиморфной грамотрицательной палочковидной бактерии и, реже, другими эшерихиями. Они протекают с внекишечной симптоматикой, а их проявления могут наблюдаться, как в виде энтерита, так и энтероколита. Эшерихии устойчивы во внешней среде, могут сохранять жизнеспособность в почве, воде и фекалиях до нескольких месяцев. Сохраняют свою жизнеспособность в молоке до 34 дней, в детских питательных смесях — до 92 дней, на игрушках — до 3–5 мес. Могут легко переносить высушивание, в пищевых продуктах (особенно в молоке) размножаются, образуя многочисленные колонии. Действие дезинфицирующих средств и кипячение может привести к гибели кишечных палочек. У многих штаммов *E. coli* отмечают полирезистентность к антибиотикам. Резервуар и источник такой разновидности кишечной палочки во всех случаях человек как пациент, которому поставили подобный диагноз, так и бессимптомный носитель бактерии, который может даже не подозревать о наличии её у себя. Наиболее опасны больные люди первые несколько дней протекания болезни, однако выделение инфекционного источника продолжается ещё примерно 3 недели после выздоровления, наиболее часто это наблюдается у детей. Чаще всего у детей раннего возраста, обычно у малышей от трех и до двенадцати месяцев, диагностируется энтеропатогенный эшерихиоз (ЭПЭ).

Энтероинвазивный эшерихиоз (ЭИЭ) наблюдается у детей абсолютно всех возрастов, однако нередко все шансы страдать от этой болезни имеют дети с 2-х и вплоть до 6 лет, клинические симптомы этого заболевания изучены наиболее подробно. Инфицирование детей совершается контактно-пищевым

путем с помощью матери или медицинского персонала больницы, носителем способен быть также больной ребенок. Эндогенный путь у детей с эшерихиозом также нельзя исключать. Наименее распространенным путем заражения в наши дни является водный, поскольку инфицирование водоемов кишечной палочкой обычно может происходить без предварительной нейтрализации. Нестойкий иммунитет вырабатывается уже после перенесения этой заразной болезни, естественная восприимчивость к эшерихиозу становится высокой. Еще одним важным фактором появления болезни считается ее связь с климатическими условиями. В жарких странах риск появления эшерихиоза увеличивается не только у детей, но также и у взрослых, это непосредственно связано с условиями жизни, само собой сюда можно отнести благоустройство жилья, качество пищи, чистой воды и личной гигиены не только ребенка, но и всей его семьи. Как отдельные случаи, так и эпидемические вспышки являются специфическими для данной болезни.

Сальмонеллез – остропротекающее антропозоонозное кишечное заболевание, для которого характерно вовлечение в инфекционный процесс органов пищеварительного тракта, вызывается сальмонеллами. Протекает как бессимптомно, так и с широким спектром клинических проявлений. Сальмонеллы поражают органы ЖКТ, что может привести к токсическому и дегидратационному шоку, иногда заболевание протекает с септицемией (у грудничков), либо по типу тифа (у старших детей).

Сальмонеллез развивается в виде единичных случаев или вспышек. Это одна из наиболее распространенных кишечных патологий, которая отличается тенденцией к стремительному росту. Наиболее часто случаи сальмонеллеза фиксируются в летнее время в связи с учащёнными нарушениями условий хранения продуктов.

Сальмонеллы способны хорошо переносить замораживание и высушивание, выживают в воде до двух месяцев, в почве до полутора лет, в птичьих тушках до года и более. Около 20 дней сохраняются в молоке, месяц в кефире и четыре – в сливочном масле. В сыре сальмонелла может оставаться в

живом виде до года, 3-9 месяцев в яичном порошке и 17-24 дня на скорлупе яиц. Сальмонеллы погибают спустя 5-10 минут при температуре 70°C, Могут выдерживать некоторое время кипячение, если находятся в толще крупного куска мяса. При варке яиц погибают через 4 минуты. В молоке и мясных продуктах сальмонеллы не только сохраняются, но и активно размножаются, при этом не влияя на органолептические свойства продуктов. Микроорганизмы довольно устойчивы к солению и копчению, а при заморозке увеличивают длительность срока жизни.

Резервуаром и источником сальмонеллеза является домашний скот, птица, некоторые дикие животные. У животных заболевание может протекать как с клиническими проявлениями, так и бессимптомно. В некоторых случаях (отдельные виды возбудителя) источником инфекции может быть человек. Водоплавающие птицы могут представлять максимальную опасность.

Основные пути передачи возбудителя:

1. Пищевой – является основным путем заражения. Чаще всего это может происходить при приеме пищи. Если не соблюдать правила термообработки при употреблении блюд из яиц, молока, мяса, то риск заражения существенно возрастает. Также имеется риск заражения при употреблении некипяченой зараженной воды.

2. Контактно-бытовой – главный путь передачи сальмонеллеза в грудном возрасте. Ребенок может заразиться через грязные руки родителей или медицинского персонала, пеленальные столики, предметы ухода, соски, игрушки, полотенца.

3. При вдыхании зараженной пыли.

4. Трансплацентарный – инфекция передается внутриутробно от матери к ребенку. Возбудители проникают через кровь или через кормление грудным молоком.

5. Водный - фактором передачи является вода открытых водоемов или водопроводная вода в условиях аварийных ситуаций. Известны случаи заражения при употреблении сырой воды.

Наибольшей чувствительностью к сальмонеллезу обладают дети до 2 лет. Сальмонеллы, быстро внедряются в слизистую оболочку тонкой кишки, только преодолев барьер желудка. В слизистой оболочке кишки жизнедеятельность сальмонелл сопровождается продукцией токсинов, которые и обуславливают развитие диарейной, болевой и интоксикационной симптоматики.

1.2. Клинические проявления острых кишечных инфекций у детей

Клинические особенности дизентерии зависят от вида возбудителя (Зонне, Флекснера и т.д.), характера течения (острый или хронический), выраженности проявлений (легкая, средней тяжести или тяжелая формы), обширности поражения ЖКТ (гастроэнтерит, колит, гастроэнтероколит), преморбидного фона и иммунитета ребенка. При дизентерии длительность инкубационного периода обычно продолжается от нескольких часов до 7 дней (чаще 2-3 дня). Основные клинические симптомы дизентерии – многократный жидкий стул, часто с примесью слизи и крови, болезненные позывы на низ. Заболевание может протекать и в очень легкой форме, проявляясь лишь быстро проходящим поносом.

Колитический синдром – это набор симптомов или изменений, которые свойственны нарушениям, связанным с функциями толстой кишки, его характерными признаками являются жидкий стул, малое количество каловых масс, примесь слизи и прожилки крови. Характерно повышение температуры, нарушение аппетита и самочувствия, а также другие характерные явления при интоксикации. Болезнь, как правило, начинается остро. Характеризуется одновременным появлением симптомов общего недомогания и дисфункции кишечника. Сначала стул будет обильный и каловый, позднее появится смесь слизи, далее стул станет более частым и жидким. В первый день стул может стать дефицитным из-за спастического состояния толстой кишки, имеется возможность абсолютного пропадания каловых масс, выделяется

мутная слизь с зеленью, реже появляются прожилки крови в этой слизи, реже это может проявиться во второй день заболевания. Возникают спазматические боли в животе, особенно перед и во время дефекации, наблюдается сдвиг в области тенезма и податливость заднего прохода (ануса). Спазмы в виде уплотненного тяжа или болезненные ощущения в области сигмовидной кишки могут быть определены при пальпации, язык у пациентов, как правило, обычно будет обложен. Повышение температуры - от 37°C) до 39–40°C и выше, нередко наблюдается в начале дизентерии. Другие симптомы интоксикации также будут иметь различную степень выраженности - от чрезвычайно тяжелой до незначительной и вскоре исчезающей, форму заболевания будет определять именно этот фактор. Незначительными симптомами интоксикации будут тошнота, рвота, возможно нарушение самочувствия, а также аппетита, а крайне тяжелыми симптомами интоксикации являются помрачение сознания, менингеальные явления, судороги, цианоз, а также похолодание конечностей. Развивается сердечно-сосудистая слабость, которая выражается как тахикардия, приглушенность или глухость сердечных тонов, аритмия и снижение артериального давления. Как правило, выраженность колитического синдрома и инфекционного токсикоза в первые дни болезни совпадает, но могут быть и незначительные несовместимости, особенно у грудных детей и при тяжелых формах [9, с. 396] . От многих факторов, например, характерных особенностей детей, а также свойств возбудителя и от многих других, могут зависеть проявление болезни, они очень различны, как в острый период, так и в дальнейшем течении заболевания, это может послужить причиной к формированию значительных разнообразий клинических форм. Классификация дизентерии, которая построена по общепринятым критериям, как правило, выделяет такие формы дизентерии как типичные, стертые и атипичные формы. По степени тяжести, как правило, выделяются легкие, средние и тяжелые формы с выделением среди последних токсической формы. Стертая форма выделяется, как разновидность легкой формы дизентерии.

Интоксикация определяет тяжесть дизентерии. При легких формах общее состояние может быть почти не нарушено, температура нормальная или ее повышение обычно невелико и кратковременно. Стул нечастый - до 5-8 раз, в нем есть примесь слизи, примесь крови же отмечается только в отдельных порциях или может отсутствовать. Формы средней тяжести при дизентерии можно характеризовать, как разборчивые или отчетливые, однако с умеренно выраженными проявлениями симптомов отравления. Будет наблюдаться повышение температуры до 39°C и выше, также рвота, приглушенные тоны сердца, может быть и легкое нарушение сознания и другие симптомы. Присутствуют спастические боли в животе и тенезмы, в особенности перед дефекацией. Стул будет до 10-12 раз в сутки. В течение 2 - 3 дней будет повышена температура тела. В дальнейшем болезнь может протекать при нормальной температуре, иногда бывают ее отдельные повышения. Для тяжелой формы дизентерии характерны сильно выраженные изменения. При токсических формах на первый план выступают явления интоксикации - нейротоксикоз, что служит гранью, отделяющей ее от среднетяжелых форм. Болезнь начинается с явлений интоксикации, повторной многократной рвоты, высокой температуры и других симптомов, описанных выше. Изменения стула часто запаздывают, и больным нередко ставят диагноз пищевой интоксикации, пищевой токсикоинфекции.

Гипертоксическая форма может развиваться, как тяжелый токсикоз с присоединением судорог, могут быть и признаки сосудистых нарушений, которые имеют резкое проявление, например, синюшная окраска кожи и слизистых оболочек, слабость, снижение АД и т.д. Смерть может случиться и до проявления характерных кишечных изменений.

Тяжелые формы могут протекать с преобладанием колитических кишечных изменений. Общие явления интоксикации выражены, но они не достигают той степени, которая свойственна токсическим формам. При всех формах дизентерии, особенно при тяжелых, полная нормализация слизистой оболочки кишечника, восстановление нарушенного обмена веществ,

ферментативной деятельности происходит много позже клинического выздоровления. При стертых формах изменения крови незначительны или отсутствуют, при более тяжелых формах встречается лейкоцитоз за счет нейтрофилиза; СОЭ обычно умеренно повышена или нормальна. Длительность течения дизентерии зависит от своевременности и правильности лечения, от состояния ребенка до заболевания, от его возрастных особенностей, а кроме того, и от тяжести дизентерии. Хроническое течение дизентерии, которое обычно длится более 3 - 4 месяцев, могут приобретать все формы дизентерии. Повторное инфицирование дизентерийными палочками (суперинфекция, реинфекция) является одной из наиболее частых причин.

Хроническое течение дизентерии в дальнейшем способствует развитию анемии и гиповитаминоза, а также недоеданию. На фоне этого зачастую появляются пневмонии, отиты и т. д. Непростое течение дизентерии включает эпизоды с осложнениями либо сопутствующими заболеваниями. Из осложнений в большей степени случается обострение кишечного процесса. Сопутствующие заболевания различны, наиболее распространенными являются острые воспалительные процессы (пневмония, отит и т. д.).

В раннем возрасте у детей дизентерия может иметь ряд особенностей, например, таких как колитический синдром, он наблюдается лишь в 80-90% случаев, может быть слабо выражен, а также при этом сочетаться с синдромом диспепсии. Стул обычно зеленый, в нем могут присутствовать непереваренные остатки пищи, зачастую там присутствует слизь, а также могут наблюдаться прожилки крови, но при всем этом он не теряет свой каловый характер. Свойственные детям старшего возраста тенезмы, могут заменяться на плачь во время дефекации, а также беспокойство; живот будет не втянут, а у детей старшего возраста вздут.

У детей грудного возраста появление токсических форм дизентерии отмечается феноменально редко. Явления первичного инфекционного токсикоза у них незначительны из-за физиологической гипореактивности к микробному токсикозу. Как правило, развивается остро, несколько позже

дизентерии, и может произойти на более поздних стадиях болезни; характеризуется эксикозом, рвотой, частым обильным водянистым стулом, резким снижением массы тела, тяжелыми нарушениями водно-минерального и, как следствие, белкового обмена. У младенцев описано развитие илеита, илеоколита с тяжелой интоксикацией, высокой температуры, резкого снижения массы тела, постоянной рвоты, метеоризма и частого стула типа энтерита (обильный, с большим количеством жидкости, мутный, смрадный). Обнаружено, что такие формы обычно вызываются смешанной инфекцией (сочетание с сальмонеллезом или стафилококковой инфекцией).

Чрезвычайно важной особенностью дизентерии в грудном возрасте является склонность к негладкому волнообразному течению - возникновению обострений и рецидивов с тяжелыми обменными токсикозами.

В последние годы экзогенными факторами считают также ОВРИ и кишечные вирусные инфекции (ЭХО и Коксаки). Установление причин вторичных волн, в большинстве случаев связанных с поздней госпитализацией, их профилактика и лечение сыграли исключительно большую роль в снижении летальности при дизентерии у детей раннего возраста.

У детей старших возрастов дизентерия протекает так же, как у взрослых; особенности отмечаются при истощении, гиповитаминозах. Колитический синдром при этом маскируется изменениями, связанными с функциональными и обменными нарушениями, частым вовлечением в патологический процесс тонкой кишки. Стул каловый, обильный, водянистый, слизь может отсутствовать или ее крайне мало, тенезмы не возникают. Больные быстро теряют аппетит, слабеют, худеют, но, несмотря на тяжесть состояния, явлений интоксикации (повышенная температура, тошнота, рвота и др.) может не быть.

Клинические проявления эшерихиозов зависят от типа возбудителя, а также возраста больного и его иммунитета. По тяжести течения различают легкое, средней тяжести и тяжелое. Инкубационный (скрытый) период при всех эшерихиозах от нескольких часов до 4 суток. Начало заболевания обычно

острое, начинается с появления симптомов общей интоксикации и диарейного синдрома.

Эшерихиоз, вызываемые энтеропатогенными кишечными палочками, у детей протекают в форме энтеритов и энтероколитов, а у недоношенных детей - в септической форме с возможным образованием множественных гнойных очагов. Экстраинтестинальные формы эшерихиоза проявляются клинически в форме пиелонефрита, пиелостита, цистита, холецистита. Особо тяжелое течение наблюдается при сочетанных формах эшерихиоза со стафилококковой и вирусной инфекциями [15, с. 234]. Инкубационный период при всех эшерихиозах от нескольких часов до 4 суток. Начало заболевания острое с появления симптомов общей интоксикации и диарейного синдрома разной степени выраженности.

Эшерихиоз, вызываемый энтеротоксигенными штаммами кишечной палочки (так называемая диарея путешественников), протекает по типу холероподобного заболевания с поражением тонкой кишки, но без выраженного синдрома интоксикации. У больных наблюдается слабость, головокружение; температура тела нормальная или субнормальная; боль в животе разлитая схваткообразная; стул частый, обильный, бескаловый, водянистый без зловонного запаха; тошнота, рвота вначале съеденной пищей, затем белесоватой жидкостью [15, с. 234]. Живот вздут, при пальпации малоболезненный, выражено урчание. Тяжесть состояния определяется степенью обезвоживания. Иногда стремительно развивается эксикоз, и болезнь характеризуется молниеносным течением.

Эшерихиоз, вызываемый энтероинвазивными кишечными палочками, - протекает как острая кишечная инфекция с симптомами поражения толстой кишки с интоксикацией [15, с. 235]. Температура может повышаться до 39°C и выше, но у большинства больных остается нормальной. Общее состояние относительно удовлетворительное, несмотря на частый жидкий стул с примесью слизи, иногда крови и боли внизу живота; сигмовидная кишка спазмирована. Симптомы болезни стихают к 5-7-му дню.

Эшерихиоз, вызванный энтерогеморрагическими штаммами, характеризуется токсикозом и более выраженным поражением проксимальных отделов толстой кишки. Протекает как геморрагический колит без выраженной интоксикации. Обычно у 3-5% больных через 6-8 дней течения колитического синдрома развивается гемолитико-уремический синдром или тромбоцитопеническая пурпура. Смертность в подобных случаях доходит до 3-7%.

Инкубационный период сальмонеллеза, как правило, колеблется от нескольких часов, это при массивном инфицировании пищевым путём до 5-6 дней, это при контактном пути инфицирования или небольшой дозе возбудителя [11, с. 63]. Выделяют такие формы сальмонеллеза, как типичные, они включают желудочно-кишечную, тифоподобную, септическую и атипичные, к ним относятся стертая и субклиническая, а также бактерионосительство, от них зависят не только клинические симптомы заболевания, но также их тяжесть, длительность и последовательность проявления.

Наиболее распространенной формой сальмонеллеза у детей является желудочно-кишечная форма. При пищевом пути инфицирования (массивная инвазия), преимущественно у детей старшего возраста наблюдают гастрит и гастроэнтерит [8, с. 112]. Скрытый (инкубационный) промежуток будет вплоть до 1 дня. В протяжении 2-3 дней болезнь может завершиться, в том числе и с отсутствием возникновения жидкого стула (гастритическая форма заболевания). Заболевание будет начинаться остро, как правило, будет повышаться температура тела до 38-40°C, общая слабость организма будет очень выражена, возникает недомогание, тошнота повторяется. Чаще всего вслед за симптомами гастрита появляется диарейный синдром — гастроэнтеритический вариант течения. Стул при этом обычно нечастый (до 3-5 раз в сутки), кашицеобразный или жидкий, обильный, непереваренный, иногда водянистый или пенистый с примесью небольшого количества прозрачной слизи и зелени [5, с. 337].

При контактном пути заражения чаще всего развивается кишечная форма у маленьких детей с сопутствующими заболеваниями (рахит, анемия, недоедание и т.д.). Заболевание обычно начинается с болей в животе, возможны тошнота, однократная рвота, стул становится частым до 5-10 раз в день и более, он мягкий или жидкий. Живот умеренно вздут, при пальпации характерно урчание по всему животу, будет наблюдаться повышение температуры тела, также возможно развитие токсикоза с эксикозом. Течение болезни более длительное, диарейный синдром может сохраняться до 2-3 нед, сопровождаясь повторным, иногда длительным бактериовыделением [11, с.231]. Колитная форма сальмонеллеза может встречаться крайне редко, ее клинические проявления обычно сходны с дизентерией. Недуг наступает резко, увеличивается температура, далее возникают признаки интоксикации и колитического синдрома: боли в области толстой кишки, фекалии с огромным числом грязной слизи, зачастую зелени или с прожилками крови.

В последние годы тифоподобная форма сальмонеллеза составляет не более 1-2% всех форм сальмонеллеза и встречается в основном у детей старшего возраста. При этой форме отмечается характерно выраженная бактериемия и токсический синдром. По своим клиническим проявлениям заболевание напоминает такую болезнь, как паратиф. Болезнь начинается остро, с повышения температуры тела до высоких значений (39-40 °С), головной боли, рвоты, потери аппетита, адинамии, оглушенности. Ранними и довольно постоянными симптомами являются бред, помрачение сознания, явления менингизма [6, с.225]. С первых дней болезни у детей наблюдается энтеритный стул, других же проявлений кишечных расстройств может и не быть. У детей раннего возраста в большинстве случаев не исключено в дальнейшем присоединение пневмонии, отита, что может затруднять дифференциальную диагностику с брюшным тифом. Продолжительность фебрильного периода обычно составляет до 2 недель, в некоторых случаях возникают рецидивы заболевания.

Септическая форма сальмонеллеза встречается у новорожденных, недоношенных детей и младенцев, которых кормят из бутылочки, а также ослабленных предшествующими заболеваниями. Эта форма инфекции сальмонеллы может развиваться в результате генерализации процесса при желудочно-кишечных формах, таких как первичный сальмонеллезный сепсис. Нередко она бывает микст-инфекцией. Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела, которая остается высокой до 3-4 недель с большими размахами в течение суток. Появляются гнойные очаги в различных органах с формированием клиники гнойного менингита, пневмонии, отита, пиелонефрита и др.; иногда могут возникать артриты и остеомиелиты.

Сальмонелла часто имеет тяжелое течение по типу генерализованной инфекции с частыми смертельными исходами у новорожденных. Сальмонеллез у новорожденных начинается остро, дальнейшее течение зависит от преморбидного состояния ребенка (недоношенность, недоедание и т. д.). При благоприятном исходном состоянии клинические проявления могут быть ограничены только желудочно-кишечным трактом — синдромом энтероколита или гастроэнтероколита [5, с.453]. Почти у всех детей наблюдаются симптомы интоксикации и очень быстро развивается обезвоживание с потерей электролитов.

1.3. Уход за больными детьми и профилактика острых кишечных инфекций

Обеспечение лечебно-охранительного режима и удлиненный физиологический сон является обязательным условием по уходу за больным. Лечебное учреждение и условия в нем, должны обеспечивать пациенту покой, как физический, так и психический, который будет способствовать преодолению негативных условий его госпитализации. Значительное влияние на пациента оказывает обстановка лечебного учреждения. По этой причине,

внутренние условия больницы должны отвечать не только гигиеническим требованиям, но и эстетическим. Прежде всего, быть образцом чистоты и опрятности, заботливо и внимательно относиться к больным, поддерживать и укреплять их моральное состояние должна медицинская сестра.

Уход за больным с острой кишечной инфекцией является строго индивидуальным, он зависит от тяжести и периода заболевания, а также возраста ребенка и конкретных условий. Облегчение физического и морального состояния ребенка, необходимо для того, чтобы способствовать его выздоровлению этой цели помогает достичь правильно организованный уход. Медицинская сестра должна строить работу таким образом, чтобы для каждого ребенка были повседневно обеспечены рациональное питание, профилактика осложнений и инфекций. Соблюдение питьевого режима больными имеет большое значение и способствует выведению из организма токсических и шлаковых продуктов, а также восполнению потерь со стулом и рвотой. Часто питье должно даваться дробно или чайными ложками, а при необходимости назначается внутривенное капельное введение жидкости. В период проведения мероприятий по лечению инфекционных заболеваний кишечника рекомендуется уменьшить потребление пищи. Это никоим образом не может навредить ребенку, а, наоборот, будет способствовать защите кишечника от развития бактерий. В это время достаточно давать детям кашу без соли, которая окажет успокаивающее действие на кишечник.

В палате необходимо ежедневно проветривать помещение и следить за проведением влажной уборки. Медицинская сестра обязана проводить контроль за соблюдением в отделении тишины, своевременным отключением осветительных приборов, радио, телевизора во время дневного и ночного отдыха, передачами больному. Больному рекомендуется периодически менять положение в постели, это необходимо для предупреждения возникновения застойных явлений в легких и образованию пролежней. При надобности следует согревать ребенка грелками, а также следить за соблюдением постельного режима и организация досуга ребёнка в постели.

Снижение иммунитета может создавать различного рода предпосылки к появлению гнойных осложнений, таких как пролежни, опрелости, что следовательно в дальнейшем может привести стрептококковому или стафилококковому сепсису, чтобы этого избежать крайне необходимо уделять огромное внимание уходу за кожей ребенка, а также слизистыми. Ребенка следует ежедневно умывать. Обработку глаз проводить необходимо от наряженного века к внутренним марлевым шарикам, смоченными в кипяченой воде или 0,012% растворе фурацилина. Наружные слуховые проходы следует обрабатывать смоченные в кипяченой воде или в растительном масле турундами, для каждого хода турунда должна быть отдельная. Естественные складки кожи рекомендуется обрабатывать присыпкой или детским кремом, при надобности можно использовать салфетки. При необходимости подмыть ребенка под проточной водой, температура которой должна быть 37 °С. Следить за чистотой постельного и нательного белья, поддерживать чистоту в интимных местах, после каждой дефекации нужно подмывать ребенка с мылом. Промазывать паховые, ягодичные складки стерильным растительным маслом или припудрив присыпкой. Кроме того немаловажно подвергнуть обработке кожу вокруг заднего прохода вазелином или кипяченым подсолнечным маслом. Можно предотвратить высыхание роговицы путем закапывания в глаза стерильного масляного раствора витамина А. Термометрия требуется как минимум 2 раза в день, у лихорадящих детей измерение температуры тела показывается чаще.

Одной из важных мер борьбы с острыми кишечными инфекциями является выявление больных и их изоляция. В эпидемическом очаге проводят текущую дезинфекцию, а после изоляции больного заключительную 1% раствором хлорамина. Наблюдение за контактными ведется в течение 7 дней. Данные о температуре тела, частоте и характере стула регистрируются в специальном журнале. Контактные дети в возрасте до 2 лет, находящиеся дома и до 6 лет из детских садов, интернатов и оздоровительных лагерей подлежат бактериологическому обследованию. Если в детском дошкольном учреждении

заболели одновременно дети из разных групп, по согласованию с районным эпидемиологом обследуют весь персонал и всех детей.

После клинического выздоровления, где то через 3 дня, а также отрицательного бактериологического исследования кала реконвалесцентов выписывают. Детей, которых в будущем собираются отправить в детское дошкольное учреждение, принимают без особых проблем и дополнительных обследований, но в течение месяца за ними устанавливают медицинское наблюдение.

Соблюдение правил личной гигиены, санитарно-дезинфекционного режима и правильно организованной санитарно-просветительной работы среди родителей и детей в профилактике кишечных инфекций играет самую важную роль.

ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

2.1. Организационная структура поликлиники и кабинета инфекционных заболеваний ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» детская поликлиника № 4

ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» детская поликлиника №4 была преобразована в самостоятельное учреждение в январе 1984 года. Медицинское обслуживание было оказано по 7 медицинским специальностям из 16 000 детей, проживающих в южном и юго-западном районах Белгорода, которые являются новостройками города. Из диагностических и лечебных служб присутствовали только клиническая лаборатория и физиотерапевтический кабинет.

В структуре поликлиники выделяют 4 педиатрических и 1 консультативно-диагностическое отделение, отделение медико-социальной помощи и информационно-аналитическое, дневной стационар и отделение восстановительной медицины на 100 посещений в смену, оснащенное современными лечебно-тренажерными комплексами, бассейнами для детей, в том числе для занятий с детьми-инвалидами.

В настоящее время в поликлинике работает 312 чел. медицинского персонала: 81 врач (18 врачей имеют высшую категорию, первую - 17, вторую – 5), 157 медицинских сестер, среди которых более 50% имеют квалификационные категории. Медицинских сестер с высшей категорией - 29, первой - 38, второй - 13. В поликлинике работают 3 кандидата медицинских наук, 1 кандидат социологических наук, 3 заслуженных врача РФ, 2 профессора Российской Академии Естествознания и 9 «Отличников здравоохранения».

Кабинет инфекционных заболеваний был создан на основании приказа МЗ за №220 и функционирует с января 1995г.

Кабинет инфекционных заболеваний располагается в помещениях, целиком соответствующих утвержденным санитарным правилам и нормам, требованиям эксплуатации и технике безопасности, оказывающее специализированную помощь инфекционным больным, осуществляя весь комплекс реабилитационных мероприятий после выписки больного из стационара. Кабинет состоит из 2-х комнат, имеющих отдельных выход и вход. На первом этаже расположен бокс и комната для забора материала для исследования. Бокс имеет отдельный вход. Все кабинеты оснащены необходимой мебелью, инвентарем, имеется холодильник для хранения сред, лекарственных препаратов, термостат. В боксе имеется набор лекарственных медикаментов для оказания неотложной помощи. Материал для исследования доставляется в лабораторию в течение 2-х часов.

Профилактические прививки проводятся в прививочных кабинетах. Забор крови для исследования осуществляется в процедурном кабинете.

Инфекционный кабинет ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» детская поликлиника №4 работает по графику:

Понедельник – 13.00 – 17.00

Вторник – 8.00 – 12.00

Среда – профилактический день

Четверг – 12.00 – 16.00

Пятница – 8.00 – 12.00

Важнейшие задачи и направления работы кабинета инфекционных заболеваний:

- Своевременное обнаружение инфекционных больных, оказание им неотложной помощи и их госпитализация в инфекционный стационар;
- Участие в составлении плана работы по проведению профилактических прививок среди населения и контроль его осуществлением.
- Обеспечение квалификационной консультативной помощи в вопросах диагностики, обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными заболеваниями, осуществляемых в условиях поликлиники;

- Руководство по профилактике, диагностике, лечению инфекционных заболеваний у детей;
- Организационно-методическое руководство;
- Принимать участие в профилактической работе, долечивание инфекционных больных с целью предупреждения и своевременной диагностики обострений, рецидивов и перехода острых форм болезни в хронические и затяжные;
- Диспансеризация и реабилитация детей, переболевших инфекционными заболеваниями в условиях поликлиники;

С целью обнаружения числа детей с острыми кишечными инфекциями, получивших лечение в инфекционном кабинете, нами было проведено исследование статистических сведений данной болезни за промежуток 2014-2018 гг. Данные презентованы в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1.

Пролечено больных с острыми кишечными инфекциями за промежуток 2014 – 2018 год

Год	2014	2015	2016	2017	2018
Всего ОКИ	636	607	576	638	538
Дизентерия	7	16	4	1	2
Кишечные инфекции неясной этиологии (КИНЭ)	155	180	111	154	102
ОКИ с установленным возбудителем	423	406	409	444	370
Сальмонеллез	51	35	51	42	64



Рис. 1. Динамика заболеваемости острыми кишечными инфекциями с 2014 по 2018 год в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» детская поликлиника №4

Согласно сведениям, показанным на рисунке 1 и таблице 1, можно сделать заключение, что заболеваемость ребенка с острыми кишечными инфекциями пребывает в высокой степени. Максимальное количество этой патологии прослеживается в 2014 и в 2017 г., имеется вероятность того, что это связано с плохой профилактической деятельностью медицинского персонала.

Таблица 2.

Показатели заболеваемости острыми кишечными инфекциями в зависимости от возраста

Год	До года	1-2	2-3	3-7	7-14	15-17
2014	87	148	101	202	82	16
2015	108	167	99	181	63	19
2016	105	131	69	175	72	23
2017	97	132	97	198	101	23
2018	80	124	91	156	68	19

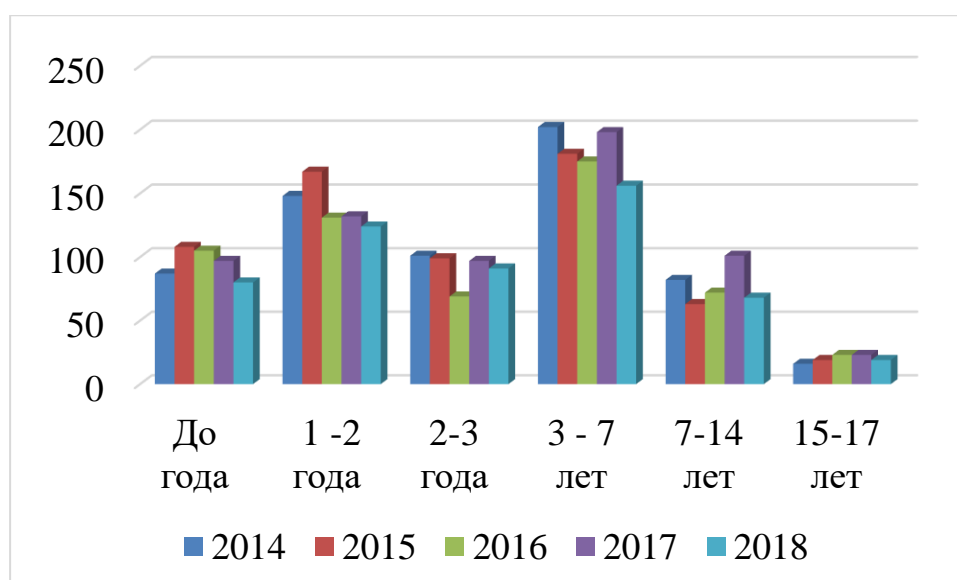


Рис. 2. Возрастной состав пациентов

По статистическим данным, представленным в таблице 2 и на рисунке 2, мы выяснили, что чаще острыми кишечными инфекциями болеют дети от 3 до 7 лет, когда дети начинают посещать детский сад или школу. Второе место занимают дети в возрасте 1-2 года, когда причиной заболевания является не только несоблюдение правил личной гигиены, но и грязные, а также несвежие продукты питания, способствующие развитию острой кишечной инфекции.

Таблица 3.

Показатели заболеваемости острыми кишечными инфекциями в зависимости от организованности детей

Год	2014		2015		2016		2017		2018	
	ДДУ	Школа	ДДУ	Школа	ДДУ	Школа	ДДУ	Школа	ДДУ	Школа
Всего ОКИ	206	95	186	84	171	85	179	120	168	82

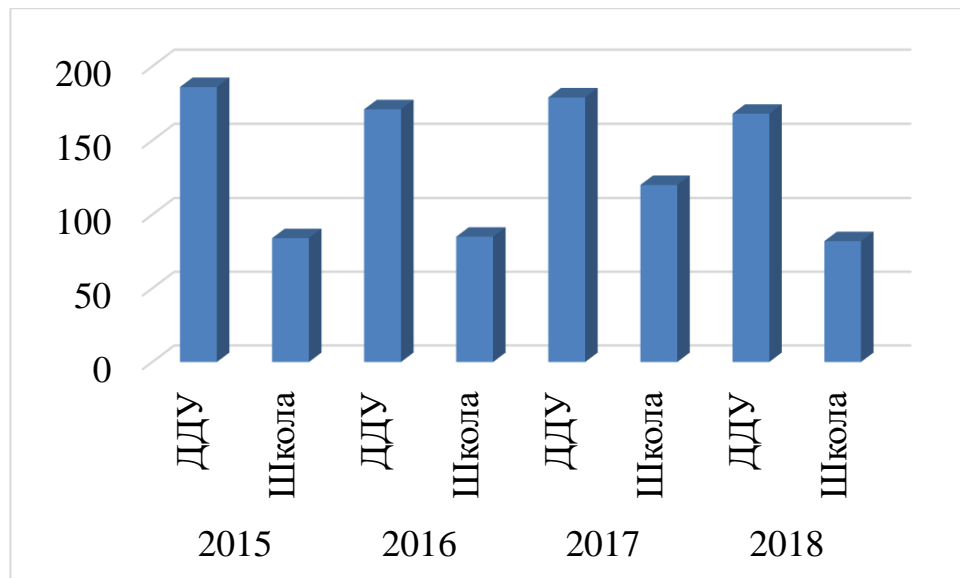


Рис. 3. Статистические данные заболеваемости ОКИ в организованных коллективах

Исходя из данных, представленных в таблице 3 и на рисунке 3, мы видим, что высокие показатели заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди детей, посещающих детские-дошкольные учреждения, особенно в 2015 году. У детей, посещающих детские сады высокая восприимчивость к острым кишечным инфекциям из-за недостаточного иммунитета и незрелости пищеварительной системы.

Учитывая, данные представленные выше можно прийти к выводу, что необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди детского населения и их родителей по профилактике острых кишечных инфекций, где значимая роль предоставляется медицинской сестре.

2.2. Исследование осведомленности проведения профилактических мероприятий при острых кишечных инфекциях у детей старшего школьного возраста

Целью выполнения исследования было обнаружение слабых сторон в профилактике острых кишечных инфекций, для того чтобы увеличить качество

профилактических мероприятий, посредством повышения уровня знаний ребенка относительно этого вопроса, тем самым снизив заболеваемость.

Нами была составлена анкета-интервью (Приложение 1), которая заполнялась методом опроса. В анкетировании приняли участие 20 респондентов. В итоге каждый респондент ответил на 17 вопросов, касающихся профилактики острых кишечных инфекций. Некоторые из вопросов имели 4 - 5 вариантов ответа, другие же – 2 - 3.

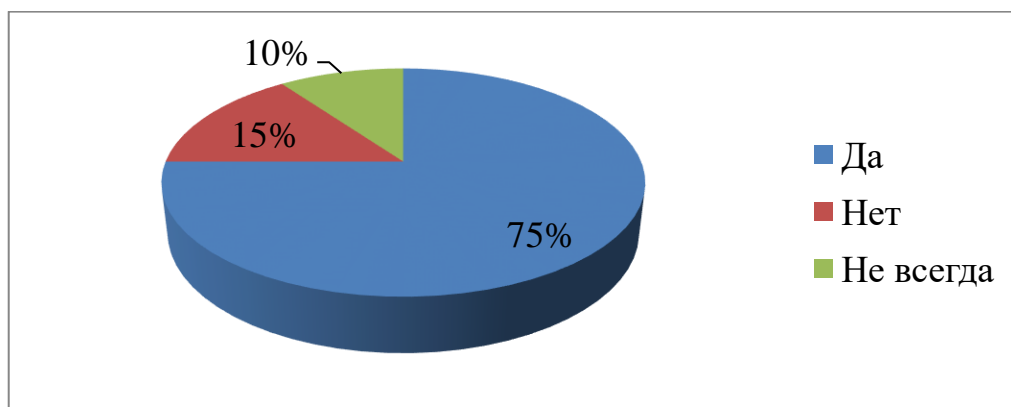


Рис. 4. Мытье рук перед едой и после туалета

Исходя из результатов опроса, мы выяснили, что руки перед едой и после туалета моют лишь 75% из опрошенных, остальные 15% не моют и 10% не всегда (Рис. 4).

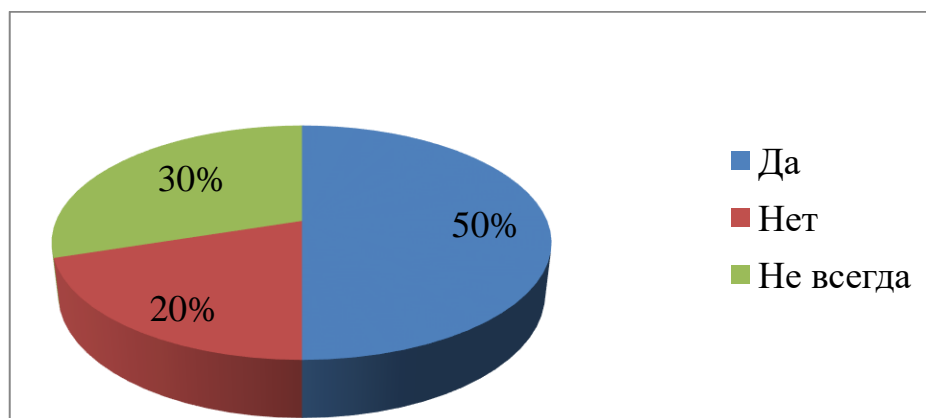


Рис. 5. Тщательное мытье рук перед едой и после туалета

50% опрошенных тщательно моют руки, 20% нет и 30% на данный вопрос ответили не всегда (Рис. 5).

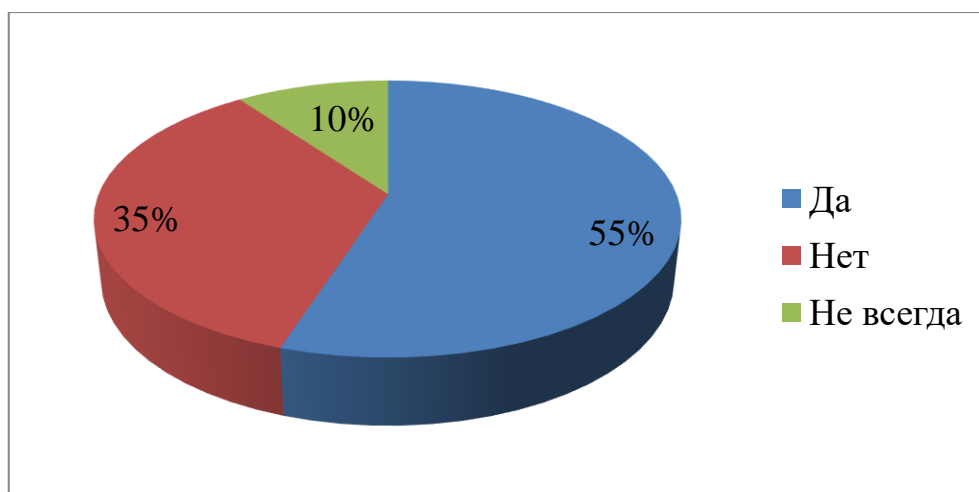


Рис.6. Использование мыла при мытье рук

Из анкеты стало ясно, что мылом при мытье рук пользуются только 55% из опрошенных, 35% нет и 10% не всегда (Рис. 6).

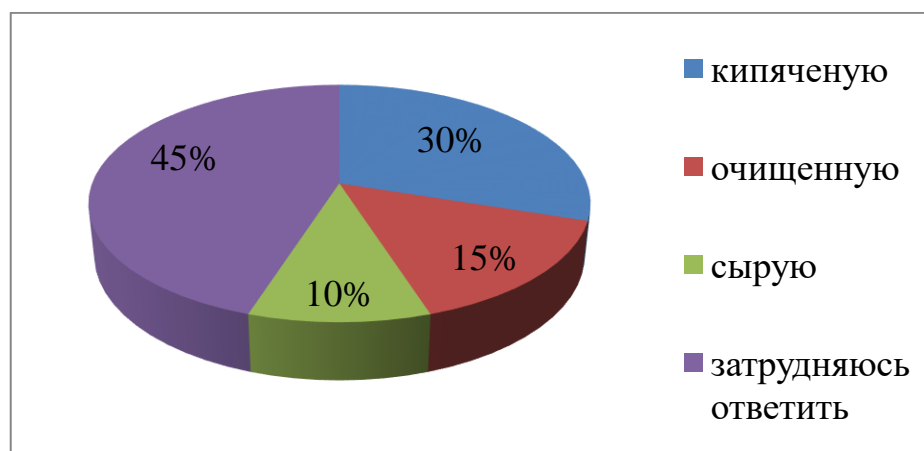


Рис. 7. Вода, которую употребляют для питья

Данные анкетирования показывают, что дети чаще всего используют для питья кипяченую воду 30%, 15% очищенную, 10% сырую и 45% затрудняются ответить (Рис. 7).

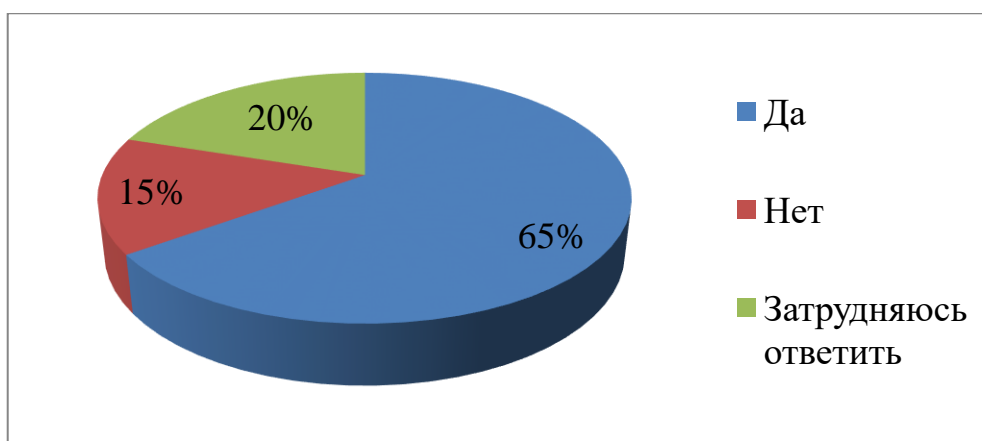


Рис. 8. Поддержание чистоты помещения, в котором употребляется пища

Поддержание чистоты в помещении необходимо потому, что если этого не делать, то можно привести к скоплению мусора, а также в дальнейшем к появлению насекомых. 65% опрошенных поддерживают чистоту в помещении, в котором употребляется пища, 15% нет, и 20% затрудняются ответить (Рис. 8).

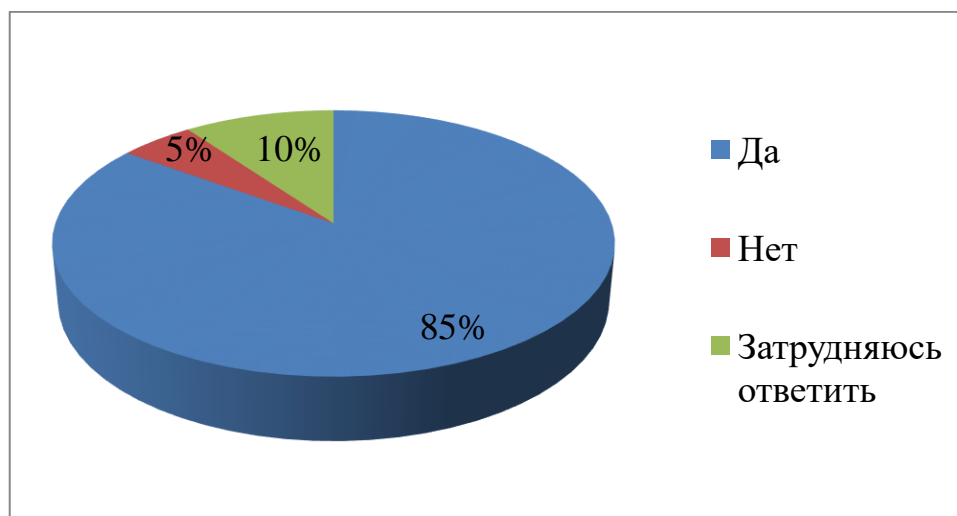


Рис. 9. Соблюдение правил личной гигиены

Соблюдать правила личной гигиены крайне необходимо, чтобы сохранять и укреплять свое здоровье. 85% опрошенных детей соблюдают правила личной гигиены, 5% нет и 10% затрудняются ответить (Рис. 9).

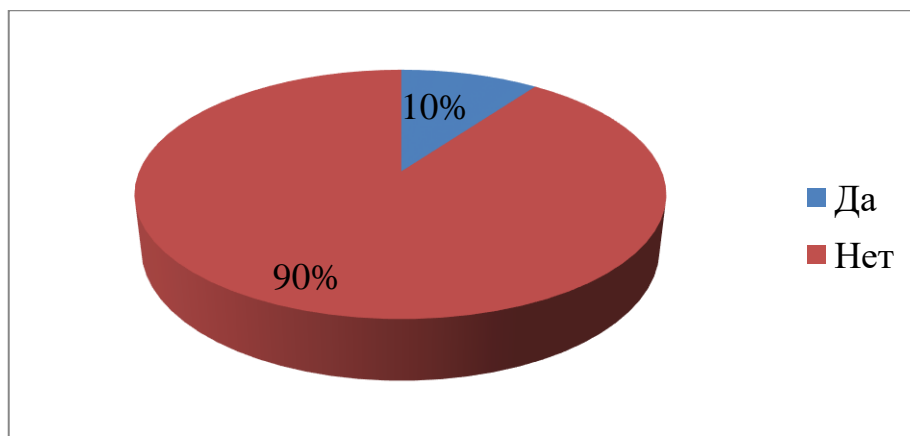


Рис. 10. Употребление продуктов с истекшим сроком годности

Крайне необходимо соблюдать сроки хранения продуктов, так как их несоблюдение может сделать продукт непригодным к использованию и спровоцировать заражение острыми кишечными инфекциями.

Данные показывают, что 90% не употребляют продукты с истекшим сроком годности и 10% употребляют (Рис. 10).

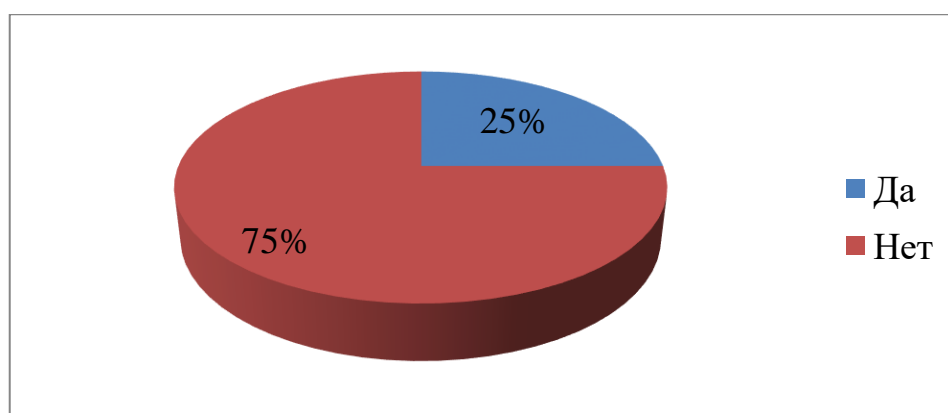


Рис. 11. Купание в открытых водоемах

Купание в открытых водоемах крайне опасно и может повлечь за собой тяжкие последствия, так как возбудители инфекций могут проникнуть в организм человека случайно через пищеварительную систему или невымытые руки. Опрос показал, что 75% не купаются в открытых водоемах и 25% купаются (Рис. 11).

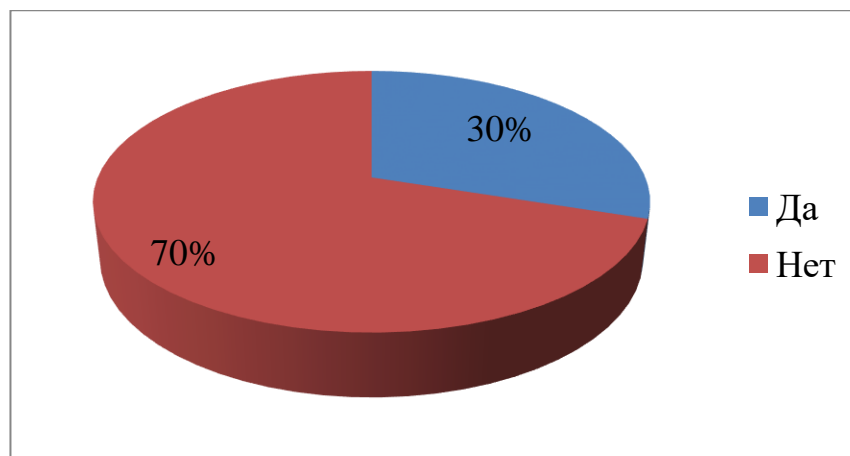


Рис. 12. Употребление в пищу невымытых овощей и фруктов

Данные показали, что большинство опрошенных не употребляют в пищу невымытые овощи и фрукты 70% и 30% употребляют (Рис. 12).

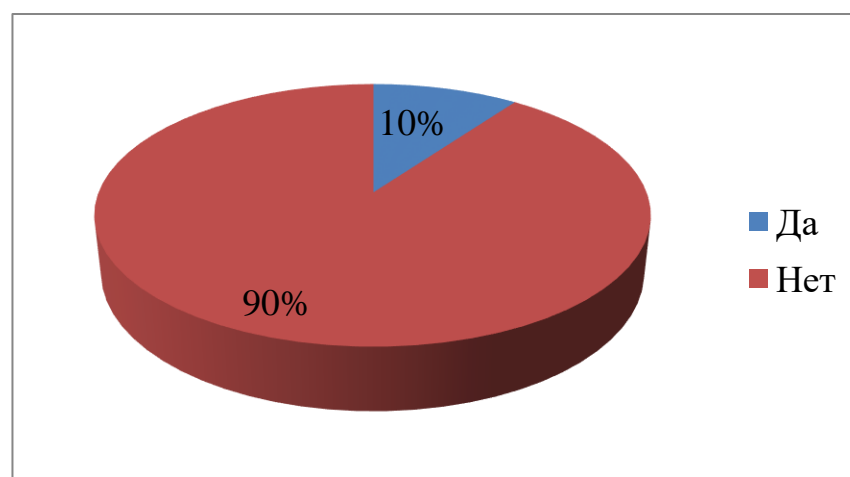


Рис. 13. Употребление некипяченого молока и сырых яиц

Разливное молоко не следует пить сырым. Его необходимо кипятить, так как микробы попавшие в молоко могут очень быстро размножиться, также и с яйцами, их тоже не следует есть сырыми. Из опрошенных, мы можем видеть, что 90% не употребляют в пищу некипяченное молоко и сырые яйца и 10% употребляют, что крайне опасно и может негативно сказаться на здоровье ребенка (Рис.13).

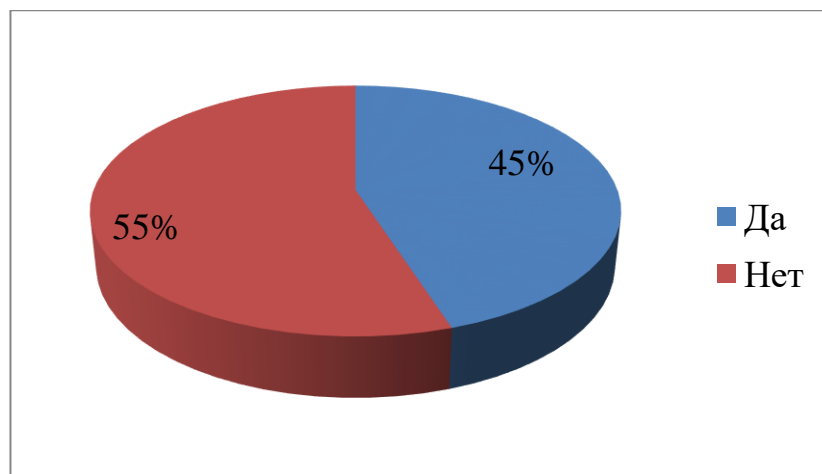


Рис. 14. Грызет ли ребенок ногти, ручки и другие предметы

Результаты анкетирования показали, что 55% детей не грызут ногти и другие посторонние предметы и 45% ответили положительно на вопрос (Рис. 14).

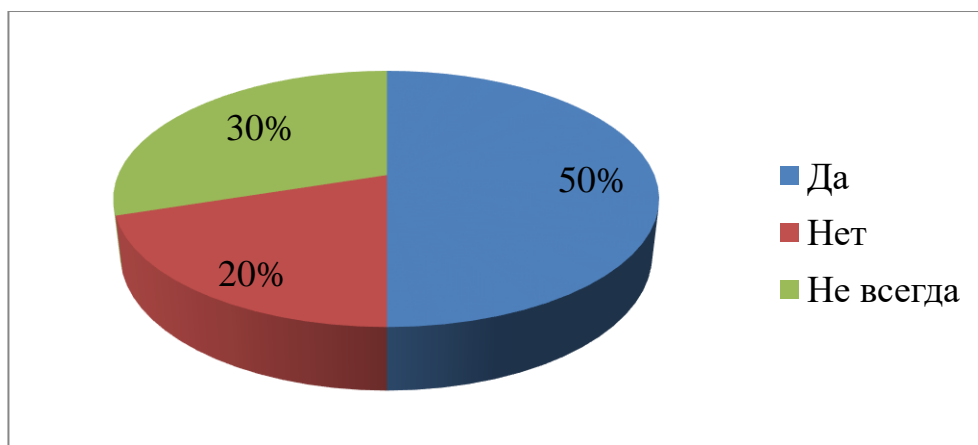


Рис. 15. Гигиена полости рта

В ротовой полости человека обитает огромное количество различных микроорганизмов. Они оседают на зубах, деснах, языке и слизистой щек. Чтобы сбалансировать экосистему и укрепить здоровье в целом, необходима регулярная и качественная гигиена полости рта. Помимо этого, попадая в организм, бактерии провоцируют развитие патологии ЖКТ. Из опроса мы узнали, что 50% следят за гигиеной полости рта, 20% не следят и 30% ответили на данный вопрос не всегда (Рис. 15).

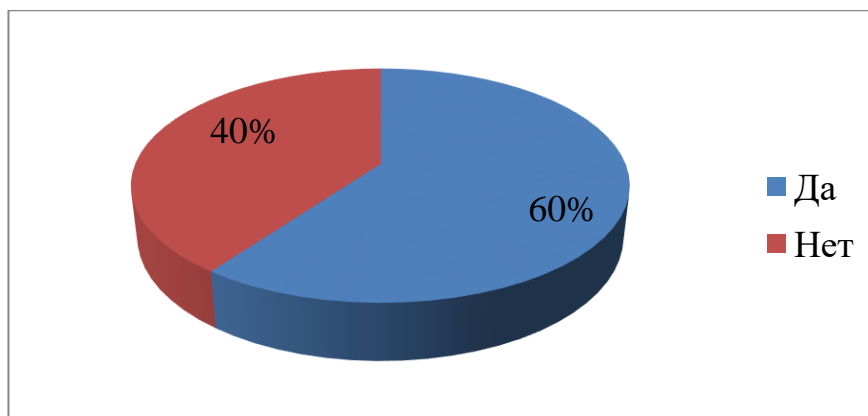


Рис. 16. Наличие домашних животных

Обычно заражение может происходить через укусы, царапины и при контакте с экскрементами домашнего питомца. Через фекалии можно заразиться острыми кишечными инфекциями, а также паразитами. У 60% опрошенных есть домашние животные и у 40% нет (Рис. 16).

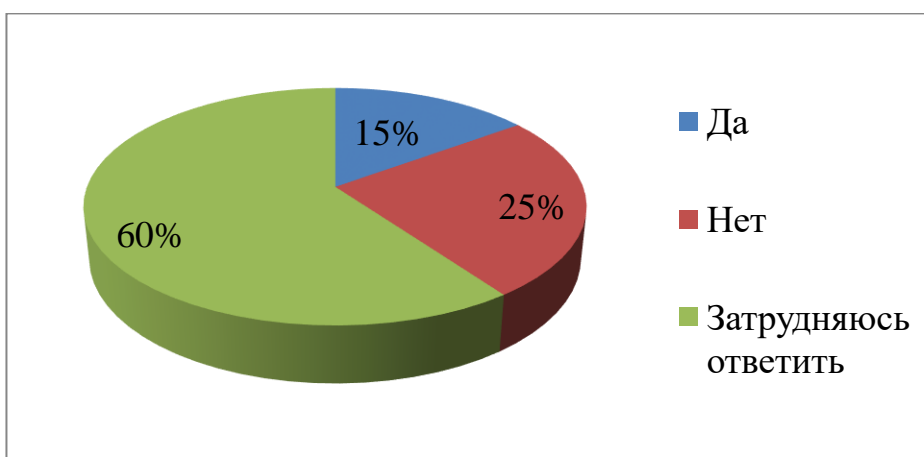


Рис. 17. Кишечная инфекция в анамнезе

Кишечная инфекция представляет собой острое заболевание, проявляющееся воспалением слизистой оболочки органов желудочно-кишечного тракта. Данные опроса показали, что 15% опрошенных имели в анамнезе данную патологию, 25% нет и 60% затруднились с ответом на данный вопрос (Рис. 17).

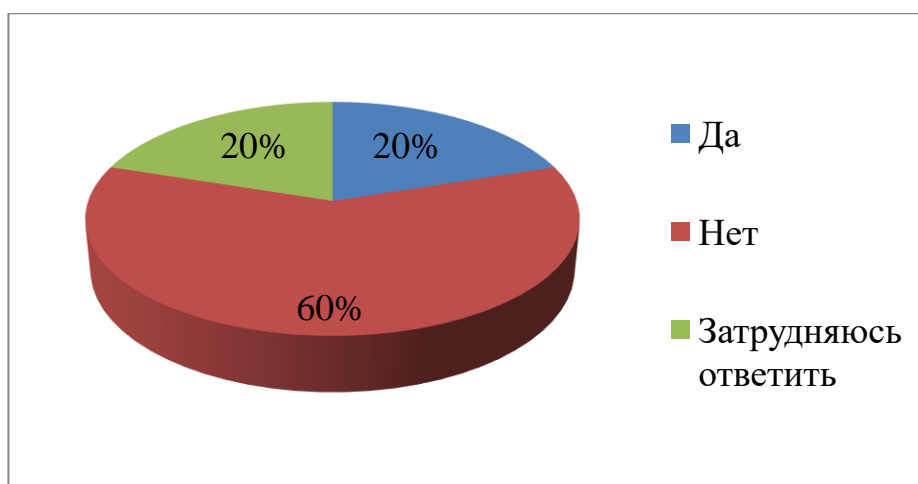


Рис. 18. Заболевания ЖКТ

Здоровый процесс пищеварения – залог нормального самочувствия ребенка. У 20% опрошенных есть заболевания желудочно-кишечного тракта, у 60% нет и 20% затрудняются ответить (Рис. 18).

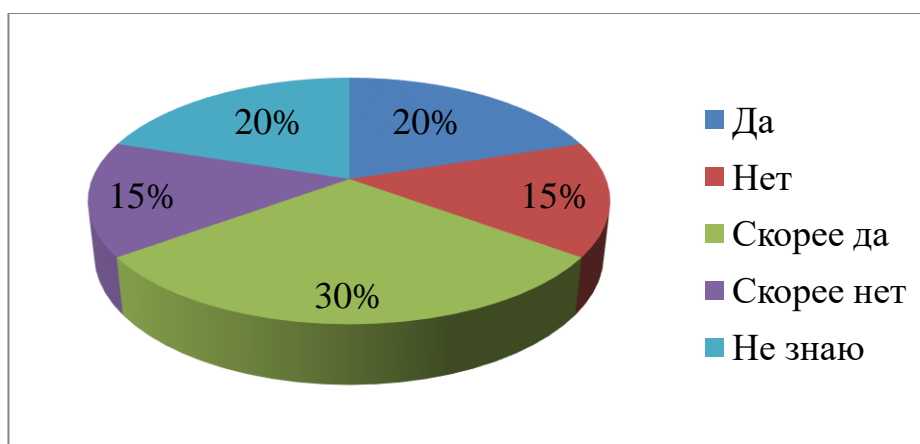


Рис. 19. Знания о профилактике острых кишечных инфекций

Профилактика острых кишечных инфекций включает общегигиенические и медицинские мероприятия, которые необходимо проводить постоянно, вне зависимости от времени года и от уровня заболеваемости. Соблюдение санитарных норм и правил родителями и детьми, является значимым шагом для профилактики.

Среди опрошенных 20% знают о профилактике, 15% нет, 30% ответили скорее да, 15% скорее нет и 20% не знают о профилактике острых кишечных инфекций.

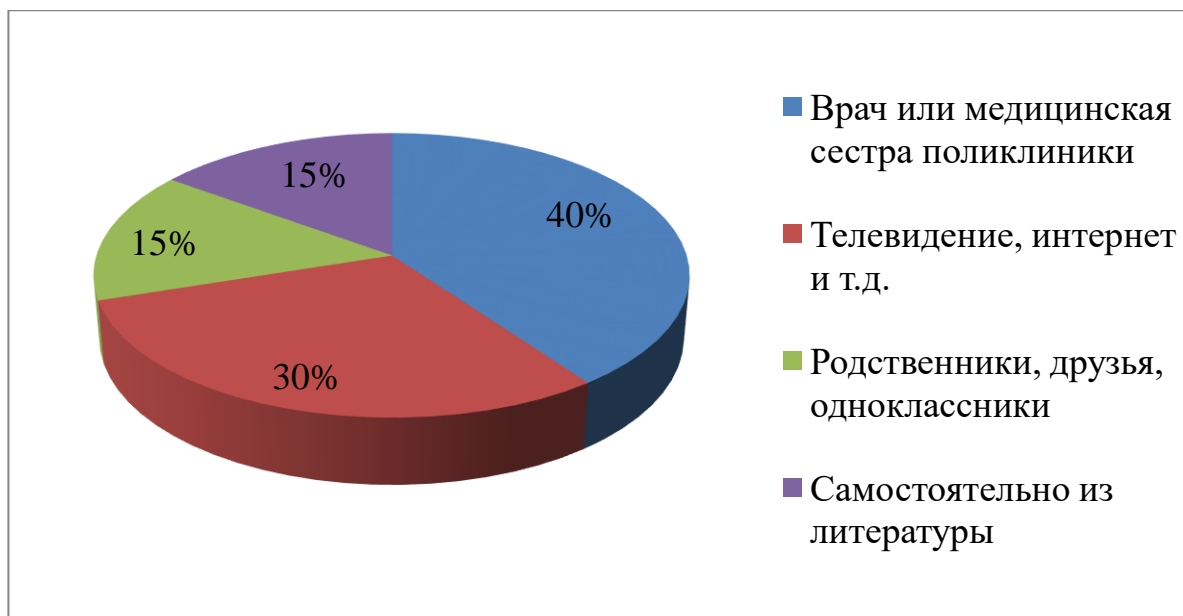


Рис. 20. Источники информации

Результаты анкеты показали, что 40% опрошенных были проинформированы об острых кишечных инфекциях от врача или медицинской сестры, 30% узнали из телевидения или интернета, 15% от родственников, друзей, одноклассников, 15% самостоятельно из литературы (Рис. 20).

Таким образом, проведенное исследование дает возможность сделать следующие выводы:

- Число детей, моющих руки перед едой и после туалета составило 75%;
- 50% опрошенных тщательно моют руки перед едой и после туалета;
- При мытье рук 55% используют мыло;
- 30% предпочитают использовать кипяченую воду для питья, однако, значительное количество респондентов 10% употребляют для питья сырую воду и 15% очищенную воду, 45% затруднились ответить на данный вопрос;
- 65% поддерживают чистоту в помещении, в котором принимают пищу, а 35% опрошенных нет;
- Правила личной гигиены соблюдает большинство опрошенных детей – 85%, 15% же не соблюдает данные правила;

- 90% не употребляет в пищу продукты с истекшим сроком годности, 10% такие продукты употребляет в пищу;
- 75% опрошенных не купается в открытых водоемах;
- 70% не употребляет в пищу немытые овощи и фрукты в пищу;
- Некипяченое разливное молоко и сырые яйца 90% опрошенных не употребляет в пищу;
- 55% не грызут ногти и другие посторонние предметы;
- Гигиену полости рта соблюдают 50% опрошенных, 20% нет и 30% не всегда;
- У 60% опрошенных есть домашние животные;
- У 15% была кишечная инфекция, у 25% нет и 60% затруднились ответить на данный вопрос;
- 60% опрошенных детей не имеют заболеваний ЖКТ, 20% имеют и 20% затруднились ответить;
- Всего 20% опрошенных знают о профилактике кишечных инфекций, 30% ответили скорее да, 15% скорее нет, 15% нет и 20% ответили не знаю, что говорит о малом уровне осведомленности о профилактике острых кишечных инфекций среди детей;
- 40 % получили информацию о профилактике острых кишечных инфекций благодаря медицинскому персоналу, остальную информацию опрошенные узнали из телевидения и интернета 30%, что указывает на то, что медицинский персонал делает большой вклад в информировании детей о профилактике острых кишечных инфекций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острые кишечные инфекционные заболевания являются самыми массовыми заболеваниями детей дошкольного и школьного возраста, особенно в летний период. Профилактике кишечных инфекционных заболеваний уделяется огромное внимание. На этом пути достигнуты определенные успехи, однако кишечные инфекции и сегодня остаются одной из серьезнейших проблем здравоохранения. Самая большая распространенность этого заболевания происходит среди детей, поэтому необходимо своевременно предупреждать и выявлять факторы риска, а также уделять большое внимание профилактике. В этом значимая роль отводится медицинской сестре. Следовательно, профилактическая деятельность медицинской сестры в профилактике острых кишечных инфекций является очень актуальной.

В первой главе дипломной работы были рассмотрены теоретические аспекты проблемы острых кишечных инфекций у детей, а собственно этиология, патогенез, клиническая картина данной патологии, основными клиническими проявлениями которых являются диарея и рвота, а также уход за больными детьми и профилактика.

Во второй главе были рассмотрены и проанализированы статистические данные по заболеваемости острыми кишечными инфекциями в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» детская поликлиника № 4 и проведено анкетирование среди детей старшего школьного возраста.

Таким образом, можно сделать следующие выводы, что острые кишечные инфекции являются опасным заболеванием, так как организм быстро обезвоживается и снижается иммунитет, особенно в детском возрасте, его можно предупредить если оказывать большое внимание профилактике данного заболевания.

Нами предложены **рекомендации для детей и их родителей** по профилактике острых кишечных инфекций по следующим вопросам:

- Выбор безопасных пищевых продуктов.
- Тщательное приготовление пищи.
- Употребление пищи по возможности сразу после приготовления.
- Тщательное хранение пищевых продуктов.
- Тщательное подогревание приготовленной заранее пищи.
- Исключение контакта между сырыми и готовыми пищевыми продуктами.
- Частое и тщательное мытье рук.
- Поддержание чистоты в помещении, где ребенок принимает пищу.
- Защита пищи от насекомых, грызунов и других животных.
- Использование только качественной, чистой или бутилированной воды.
- Проведение обработки игрушек.
- Разработка памяток, брошюр по профилактике острых кишечных инфекций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ежова, Н.В. Педиатрия [Электронный ресурс]: учебник / Н.В. Ежова, Е.М. Русакова, Г.И. Кащеева.- 8-е изд., перераб. и доп.-Минск : Вышэйшая школа, 2014.- 640 с.- URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=235670&sr=1>
2. Енгибарьянц, Г.В. Педиатрия с детскими инфекциями [Электронный ресурс]: практикум / Г.В. Енгибарьянц. - 2-е изд., перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2015. - 397 с. - (Среднее профессиональное образование). -URL: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785222189474.html>
3. Запруднов, А.М. Педиатрия с детскими инфекциями [Электронный ресурс]: учебник / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.-Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 560 с.: ил. (Серия "СПО").- URL: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970416976.html>
4. Крюкова, Д.А. Здоровый человек и его окружение [Текст] / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса. - Москва, 2017. - 474 с.
5. Лобзина, Ю. В. Руководство по инфекционным болезням [Текст] / Ю. В. Лобзина, К. В. Жданова. - Москва, 2015. - 744 с.
6. Лучшева В.И. Атлас инфекционных болезней [Текст] / В. И. Лучшева, С. Н. Жарова, В. В. Никифорова.- Москва, 2017. – 354 с.
7. Никулина, М.А. Диагностика и лечение кишечных инфекций и инвазий [Текст] / М.А. Никулина, В.И. Орлов, В.В. Шевченко. Барнаул. – Москва, 2016. – 196 с.
8. Покровский, В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология [Текст] / В. И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико, Б. К. Данилкин. – Москва, 2018. - 278 с.
9. Румянцев, А. Г. Профилактика и контроль инфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения [Текст] / А. Г. Румянцев. - Москва, 2015. - 528 с.

10. Сединкина, Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Болезни нервной системы»: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Р.Г. Сединкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 272 с. Режим доступа :<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
11. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Текст] / Э.В. Смолева, Б.В. Кабарухина.- Москва, 2015. – 473 с.
12. Тимченко, В. Н. Инфекционные болезни у детей [Текст] / В.Н. Тимченко. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. - 623 с.
13. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей [Текст] / В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 688 с.
14. Учайкин, В.Ф. Острые кишечные инфекции у детей [Текст] / В. Ф. Учайкин, А .А. Новокшенов. - Москва, 2017. - 53 с.
15. Ющук, Н. Д. Эпидемиология инфекционных болезней [Текст] / Н. Д. Ющук. - Москва, 2015. - 496 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1. Моете ли Вы руки перед едой и после туалета?
А) да Б) нет В) не всегда
2. Тщательно ли вы моете руки перед едой и после туалета?
А) да Б) нет В) не всегда
3. Используете ли Вы мыло при мытье рук?
А) да Б) нет В) не всегда
4. Какую воду Вы употребляете для питья?
А) кипяченую Б) очищенную В) сырую Г) затрудняюсь ответить
5. Поддерживается ли чистота в помещении, в котором Вы употребляете пищу?
А) да Б) нет в) затрудняюсь ответить
6. Соблюдаете ли Вы правила личной гигиены?
а) да Б) нет в) затрудняюсь ответить
7. Употребляете ли Вы пищу с истекшим сроком годности?
А) да Б) нет
8. Купаетесь ли Вы в открытых водоемах?
А) да Б) нет
9. Употребляете ли Вы в пищу невымытые овощи и фрукты?
А) да Б) нет
10. Употребляете ли вы в пищу некипяченное разливное молоко и сырые яйца?
А) да Б) нет
11. Грызете ли Вы ногти, ручки и другие посторонние предметы?
А) да Б) нет
12. Следите ли Вы за гигиеной полости рта?
А) да Б) нет В) не всегда
13. Есть ли у Вас домашние животные?
А) да Б) нет
14. Были ли у Вас когда-нибудь кишечная инфекция?
А) да Б) нет В) затрудняюсь ответить

15. Имеются ли у Вас заболевания ЖКТ?

А) да Б) нет В) затрудняюсь ответить

16. Знаете ли Вы о профилактике острых кишечных инфекций?

А) да Б) нет В) скорее да Г) скорее нет Д) не знаю

17. Откуда Вы узнали о необходимости профилактики острых кишечных инфекций?

А) врач или медицинская сестра поликлиники

Б) телевидение, интернет и т.д.

В) родственники, друзья, одноклассники

Г) самостоятельно из литературы

Д) свой вариант ответа _____

Спасибо!