

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 студентки**

**очно-заочной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051580  
Рубенковой Елены Николаевны**

Научный руководитель  
преподаватель Попова Ж. С.

Рецензент  
заведующая отделением  
ОГБУЗ «Детская областная  
клиническая больница»  
Штепа Н.Н.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ.....	6
1.1 Этиология острых кишечных инфекций .....	6
1.2 Классификация острых кишечных инфекций у детей .....	8
1.3 Клиническая картина острых кишечных инфекций у детей .....	11
1.4 Диагностика острых кишечных инфекций.....	13
1.5 Лечение острых кишечных инфекций у детей .....	17
1.6 Профилактика острых кишечных инфекций .....	22
ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ .....	28
2.1 Организационная характеристика МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 4» п. Майский Белгородского района Белгородской области.....	28
2.2 Профессиональные обязанности медицинской сестры по профилактике острых кишечных инфекций у детей на базе МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 4» п. Майский Белгородского района Белгородской области .....	30
2.3 Социологическое исследование осведомленности родителей о мерах профилактики острых кишечных инфекций у детей.....	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	49
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	52
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....	56

## ВВЕДЕНИЕ

Острые кишечные инфекции представляют собой большую группу инфекционных болезней, которые по частоте случаев уступают лишь острым респираторным вирусным заболеваниям. Частота проявлений инфекций по результатам исследований последних лет составляет от 1,2 до 1,9 случая на 1 человека в год. Количество летальных исходов также сохраняется на высоком уровне. В 50-70% случаев смерть детей от острых кишечных инфекций можно было избежать. У детей младшей возрастной группы наблюдается самая высокая заболеваемость: 2,46 случая в год на 1 ребенка в возрасте до 3 лет в России. Так как острые кишечные инфекции относятся к достаточно изученным проблемам, такая тенденция недопустима.

Несмотря на успехи медицинской науки, и практического здравоохранения, острые кишечные инфекции являются одной из актуальных проблем современности. Статистика Всемирной Организации Здравоохранения в мире ежегодно регистрирует до 1-1,2 миллиардов кишечных заболеваний, от которых умирает около 4 миллионов человек, причем 60-70% заболевших составляют дети в возрасте до 14 лет [12, с. 46]. По данным Федерального центра Госсанэпиднадзора, в 2018 году в России на долю детского населения приходится более 60% эпизодов инфекционной диареи. Дети раннего возраста наиболее подвержены заболеваниям острыми кишечными инфекциями ввиду того, что не в полной мере обучены в этом возрасте правилам гигиены, часто есть привычка брать в рот игрушки или пальцы. Детский иммунитет еще не окрепший, а новая ступень в жизни – детский сад, и проведение большого количества времени в коллективе создает дополнительные риски заразиться инфекцией. Избежать бактериальных и вирусных заболеваний в детском возрасте практически невозможно. Всем известный факт, что заболевание легче предотвратить, чем лечить, тем более протекающее с осложнениями. Поэтому профилактические мероприятия в борьбе с инфекциями очень важны.

Непосредственным участником профилактики острых кишечных инфекций является медицинский персонал, в частности, медицинская сестра. Актуальность профилактики кишечных инфекций определяется еще и тем обстоятельством, что большинство больных (по результатам опросов) лечатся самостоятельно, что дополнительно создает угрозу жизни ребенку.

Все вышеперечисленные статистические данные указывают на то, что медицинская сестра обязана хорошо знать симптоматику заболеваний острыми кишечными инфекциями во всем многообразии их клинических проявлений и вспомогательные методы диагностики для своевременной организации противоэпидемических мероприятий и доврачебного ухода за ребенком, а также профилактики данной группы заболеваний среди детского населения.

Профилактика острых кишечных инфекций в детском саду является важнейшим компонентом в сохранении здоровья детей.

Цель дипломной работы – определить роль медицинской сестры и сестринского процесса в повышении эффективности профилактики острых кишечных инфекций у детей.

Задачи:

- рассмотреть этиологию острых кишечных инфекций;
- охарактеризовать классификацию острых кишечных инфекций у детей;
- определить клиническую картину острых кишечных инфекций у детей;
- проанализировать диагностику острых кишечных инфекций;
- рассмотреть лечение острых кишечных инфекций у детей;
- раскрыть профилактику острых кишечных инфекций у детей;
- рассмотреть организационную характеристику МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 4»;
- раскрыть профессиональные обязанности медицинской сестры по профилактике острых кишечных инфекций у детей на базе Муниципального

дошкольного образовательного учреждения(далее – МДОУ) «Центр развития ребенка – детский сад № 4» п. Майский Белгородского района Белгородской области;

– провести социологическое исследование осведомленности родителей о мерах профилактики острых кишечных инфекций у детей.

Предметом исследования является профессиональная деятельность медсестры в профилактике острых кишечных инфекций у детей в детском саду.

Объект исследования – воспитанники МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад №4»п. Майский и их родители.

Место исследования: МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад №4» п. Майский.

Время исследования: 2018 год.

# **ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

## **1.1 Этиология острых кишечных инфекций**

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – широкая группа заболеваний желудочно-кишечного тракта, возбудителями которых являются патогенные энтеробактерии и кишечные вирусы, а также простейшие микроорганизмы [3, с. 215]. Источником инфекции является, как правило, человек или животные. Механизм передачи – фекально-оральный. Кишечные инфекции распространяются преимущественно пищевым и водным путем – через зараженные продукты и питье, а также контактно-бытовым путем – через обсемененные предметы (игрушки, полотенца и др.). При занесении цист в организм грязными руками, через инфицированные предметы домашнего обихода, игрушки и др. Возбудителей могут распространять мухи. Трансмиссивным, воздушно-капельным и парентеральным путем кишечные инфекции не передаются.

Острые кишечные инфекции объединяют симптомы общей интоксикации, диарейный синдром, повышение температуры тела, поражение желудочно-кишечного тракта в зависимости от места локализации возбудителя. Бактерии или вирусы, поражающие желудок, вызывают у ребенка гастрит. При локализации инфекции в тонком кишечнике – энтерит, в толстом кишечнике – колит. Часто локализация бывает смешанной – энтероколит, гастроэнтерит. Причины и условия заражения инфекционными болезнями разнообразны и зависят от того, какой вид возбудителя вызвал то или иное заболевание.

В таблице 1 представлены возбудители острых кишечных инфекций.

## Возбудители острых кишечных инфекций

Возбудители острых кишечных инфекций		
Бактерии:	Вирусы:	Простейшие:
<p>Патогенные: шигеллы, сальмонеллы, эшерихии, иерсинии и др.</p> <p>Условно-патогенные: клебсиеллы, протей, кишечная палочка и др.</p>	<p>Ротавирусы, энтеровирусы, цитомегаловирусы, аденовирусы, коронавирусы и др.</p>	<p>Лямблии, шистосомы, криптоспоридии, дизентерийные амебы и др.</p>

Большая часть возбудителей кишечных инфекций – грамотрицательные бактерии из семейства энтеробактерий. По аналогии с сальмонеллезом родовое наименование используют для названия болезни, вызываемой соответствующим возбудителем: дизентерия – шигеллез, кишечная коли-инфекция – эшерихиоз, иерсинии – иерсиниоз, клебсиелла – клебсиеллез и другие микроорганизмы [5, с. 91].

Условно-патогенные бактерии вырабатывают цитотоксин и энтеротоксин. Интенсивность патогенного воздействия непостоянна у разных штаммов.

Лидирующие позиции среди острых кишечных инфекций вирусной этиологии занимают ротавирусы. Ротавирусная инфекция имеет сезонный характер и особенно распространена в осенне-зимний период. Для большинства ОКИ бактериальной этиологии напротив характерен летне-осенний подъем заболеваемости. Острые кишечные инфекции протозойной этиологии (вызванные простейшими) чаще всего представлены амебиазом – заболеванием, характеризующимся язвенным поражением кишечника и встречающимся преимущественно в странах Азии.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, что этиология острых кишечных инфекций разнообразна. Заболевания вызывают не только

бактерии, но и вирусы, а так же простейшие. Кишечные инфекции представляют серьезную опасность для организма ребенка, что требует детальных знаний для дальнейшей диагностики и лечения заболеваний.

## 1.2 Классификация острых кишечных инфекций у детей

Кишечные инфекции в современной действительности классифицируются по этиологическому фактору, который верифицируется посредством лабораторных исследований. Это помогает выявлять нозологические формы острых кишечных инфекций.

Рассмотрим подробнее классификацию острых кишечных инфекций по этиологии.

1. Дизентерия (шигеллез). Данное инфекционное заболевание занимает первое место среди заболеваний у детей дошкольного и школьного возраста.

2. Сальмонеллезы – по частоте случаев занимают 2-е место в структуре острых кишечных инфекций, болеют все возрастные группы детей.

3. Коли-инфекции (эшерихиозы). Заболевание вызывается патогенными штаммами кишечных палочек. Протекает с симптомами общей интоксикации и поражением желудочно-кишечного тракта с развитием гастроэнтерита или энтероколита, в редких случаях – как генерализованная форма болезни с внекишечными проявлениями [7, с. 49].

4. Кишечные инфекции, возбудителем которых являются стафилококки, в частности, штамм *Staphylococcus aureus*, энтерококки, условно-патогенные представители – протей, клебсиелла, грибы рода *Candida*.

5. Вирусные кишечные инфекции. Главным образом представлены энтеровирусом, аденовирусом, ротавирусом. Энтеровирусные заболевания могут протекать с менингитом, полиомиелитоподобным синдромом, с диареей и сыпью. Как правило, заражение энтеровирусной инфекцией происходит во

время купания в водоемах, в которые идет коммунально-бытовой сток [8, с. 69]. Далее рассмотрим классификацию острых кишечных инфекций по типу диареи.

1. Секреторный вид (водянистая диарея без метеоризма). Данный вид диареи формирует бактериальная флора: энтеротоксигенные эшерихии, холерный вибрион, кампилобактер.

2. Инвазивный тип (экссудативная диарея) – ее вызывают бактерии: синегнойная палочка, шигеллы, клостридии, , сальмонеллы и др.

3. Осмотический тип (водянистый стул с метеоризмом). Причиной становятся вирусы: ротавирусы, аденовирусы, коронавирусы и другие.

4. Смешанный тип: инвазивно-осмотический, инвазивно-секреторный.

По клинической форме заболевания делятся (посиндромный диагноз):

1. Острый энтерит – присутствует синдром диареи – стул жидкий и частый, рвоты нет.

2. Острый гастрит. Для заболевания характерна рвота, расстройства кишечника не наблюдается. Такие симптомы чаще выражены у детей старшей возрастной группы при пищевых отравлениях.

3. Острый гастроэнтерит. Данное заболевание наиболее часто встречается. Для него характерны следующие симптомы: синдромом рвоты, диареи и обезвоживание.

4. Острый колит. Когда ребенок заболевает тяжелой формой дизентерии симптомы локализуются в нижних отделах желудочно-кишечного тракта: бескаловый стул с примесью крови, тенезмы[9, с. 98].

5. Острый энтероколит. Данное заболевание характеризуется поражением всего кишечника.

Рассмотрим по тяжести заболевания.

1. Типичные формы: легкая, среднетяжелая, тяжелая. Критерии, по которым определяют тяжесть заболевания –это частота стула и рвоты, уровень подъема температуры, выраженность симптомов интоксикации и дегидратации.

2. Атипичные формы. К атипичным формам относятся: бессимптомная форма, стертые формы, бактерионосительство, гипертоксическая форма. В каждом отдельном случае условия протекания заболевания индивидуальны. Так, при бессимптомной форме диагноз можно поставить только после результатов бактериологического исследования, так как признаки заболевания полностью отсутствуют. При стертых формах заболевания состояние пациента оценивается как удовлетворительное. Симптомы выражены слабо. В частности, температура тела субфебрильная, рвоты не наблюдается, стул не учащен. Диагноз ставят на основании серологического и бактериологического анализа. Под бактерионосительством понимается полное отсутствие клинических проявлений заболевания. Гипертоксическая форма характеризуется очень стремительным развитием заболевания, токсическим поражением организма. Клинические проявления острые, может развиваться инфекционно-токсический шок.

В случае, если лабораторное подтверждение отсутствует, диагноз верифицируется по топической локализации патологического процесса [6, с. 25]. Диагноз острой кишечной инфекции устанавливают как «кишечная инфекция неустановленной этиологии», указывая локализацию поражения желудочно-кишечного тракта, а также ведущий клинический синдром, который влияет на степень тяжести проявления заболевания.

Рассмотрев классификацию острых кишечных инфекций, можно сделать вывод, что острые кишечные инфекции— это большая группа инфекционных заболеваний человека с энтеральным (фекально-оральным) механизмом заражения, вызываемых патогенными (шигеллы, сальмонеллами и др.) и условно-патогенными бактериями (протем, клебсиеллами, клостридиями и др.), вирусами (рота-, астро-, калици-, группы Норфолка и др.) и простейшими (амебой гистолитика, криптоспоридами, балантидами коли и др.).

Острые кишечные инфекции до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, поэтому очень важно

правильно провести диагностику на основе клинической картины заболевания и лабораторных исследований.

### **1.3 Клиническая картина острых кишечных инфекций у детей**

Кишечные инфекции поражают тот или иной отдел желудочно-кишечного тракта. Локализация возбудителя зависит от вида микроорганизма. В частности, сальмонеллы локализуются в тонком кишечнике. Условия протекания заболевания зависят от многих факторов: возраст ребенка, вид возбудителя, тяжесть заболевания, своевременность выявления и лечения.

Течение острых кишечных инфекций делится на несколько периодов: это инкубационный период, начальный, разгар заболевания и выздоровление. Дети переносят заболевание тяжелее в силу своего возраста. Зачастую инфекция протекает с осложнениями, стремительно развивается, тем самым состояние ребенка ухудшается.

Инкубационный период – это период от проникновения в организм болезнетворных агентов до проявления симптомов заболевания. Его продолжительность зависит от видов и количества микроорганизмов, локализующихся в том или ином отделе желудочно-кишечного тракта, и длится, как правило, от нескольких часов до недели.

Начало кишечных инфекций обычно протекает остро. Ведущим симптомокомплексом являются рвота, диарея, повышение температуры тела, боли в животе и интоксикация.

При оценке рвоты учитываются: частота (однократная, повторная или многократная (более 5 раз в день)); продолжительность, объем, их характер (с пищей, желчью или кровью – алой или по типу «кофейной гущи»); наличие предшествующей тошноты и чувства облегчения после рвоты.

При определении болей в животе уточняются следующие симптомы: продолжительность, интенсивность, характер (схваткообразный или ноющий),

локализация и иррадиация, выраженность метеоризма, наличие симптомов «острого живота».

Диарея – это расстройство кишечной функции организма, которое характеризуется жидким стулом [12, с. 137]. При ее оценке необходимо учитывать: частоту ее проявлений, объем одной дефекации (скудные или обильные); характер испражнений (консистенция, цвет, запах, наличие не переваренных комочков пищи); примеси в кале (слизь, кровь, гной).

Диарея может проявляться как остро, так и с персистирующим характером. В случае острых проявлений ее длительность не превышает двух недель, в то время как при затяжном течении, жидкий стул сохраняется на более длительный срок [12, с. 227].

Так как диарея – это симптом не только острых кишечных инфекций, необходимо проводить дифференциальную диагностику, исключая возможность ошибки и проведения неправильного лечения. Синдромы интоксикации и обезвоживания определяют тяжесть протекания заболевания.

На интоксикацию организма чаще всего указывает повышение температуры тела. Интоксикация характеризуется раздражительностью, беспокойностью или напротив вялостью, плохим аппетитом и сном. Важно учитывать, что при сильном обезвоживании организма, как при легких формах инфекции, так и при тяжелых, температура тела может быть нормальной.

Рассмотрев клиническую картину протекания острых кишечных заболеваний у детей, можно выделить ведущие клинические признаки кишечных инфекций – повышенная температура тела, частый стул, измененный вид дефекаций, изменение аппетита, рвота, болевые ощущения в желудке. У детей младшего возраста – беспокойство, слабость, отсутствие аппетита. В зависимости от тяжести заболевания те или иные признаки выражены по-разному. Кишечные инфекции во всем своем многообразии проявляются крайне неоднородно. Их формы могут быть как стертыми, так и крайне тяжелыми.

Клиническая картина заболевания меняется в зависимости от того, какие отделы желудочно-кишечного тракта вовлечены в инфекционный процесс наряду с теми, которые обязательно поражаются приданной инфекции.

Далее перейдем к рассмотрению диагностики острых кишечных инфекций у детей.

#### **1.4 Диагностика острых кишечных инфекций**

Острые кишечные инфекции на начальном этапе диагностируются посредством сбора субъективного (опрос обследуемого для получения сведений о проявлении заболевания) и объективного (данные, полученные из медицинских документов, посредством опроса родственников) анамнеза.

Собранные сведения помогают понять, как началось заболевание – постепенно или внезапно; какие были факторы риска (употребление в пищу некачественной воды и продуктов питания, купание в водоемах с инфицированной водой, поездки в страны с плохой эпидемиологической обстановкой). Уточняется наличие фоновых и сопутствующих заболеваний, которые могли способствовать развитию острой кишечной инфекции. По результатам собранного анамнеза уточняется характер стула, его частота, объем и болезненность.

Острые кишечные инфекции диагностируются на основе лабораторных, эпидемиологических и клинических данных. На первичном осмотре пациента чаще всего нет возможности диагностировать природу происхождения заболевания, вследствие этого диагностика проводится в 2 этапа [13, с. 29]:

– предварительная диагностика (на основе комплекса клинико-эпидемиологических данных, она позволяет предположить этиологию заболевания до получения лабораторного подтверждения диагноза);

– окончательная диагностика (предварительный диагноз дополняется уточнением этиологического фактора после получения результатов бактериологического, серологического и других исследований).

Лабораторная диагностика начинается со сбора биоматериала: каловых масс, рвотных масс, промывных вод и пищевых продуктов. Данные процедуры необходимо проводить до начала медикаментозной терапии.

Гемограмма. В общем анализе крови при острых кишечных инфекциях, как и при любом другом инфекционном заболевании, будут присутствовать признаки воспаления. Признаком бактериальной инфекции является лейкоцитоз со сдвигом влево и умеренно повышенное СОЭ. При острых кишечных инфекциях вирусной этиологии характерным будет наличие нормального или сниженного числа лейкоцитов и повышение числа лимфоцитов [15, с. 73].

Общий анализ мочи. В анализе мочи важное значение имеет относительная плотность. Наличие или отсутствие в моче лейкоцитов и клеток эпителия позволит дифференцировать токсическое поражение почек от инфекции мочевых путей, которые часто осложняют течение острых кишечных инфекций.

Копрограмма. Самым информативным при диагностике острых кишечных инфекций является микроскопическое исследование кала, которое позволяет оценить выраженность ферментативных нарушений полостного пищеварения и выявить минимальные воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки. Обнаружение лейкоцитов, слизи, эритроцитов характерны для колитного синдрома [4, с. 59].

Бактериологическое исследование. Для выявления возбудителя выполняются посевы кала. Соблюдение правил забора материала для исследования (выбирать для посева надо комочки слизи и гноя, но не кровь или неизмененный кал) напрямую влияет на результат посева. Забор материала необходимо проводить до антибактериальной терапии. При выраженной

клинической картине острого гастроэнтерита по типу пищевой токсикоинфекции, наряду с калом необходимо брать на посев рвотные массы, промывные воды желудка, а также пищевые продукты, которые могли послужить источником заражения.

Серологический метод диагностики (обнаружение инфекционных антител в сыворотке обследуемого) широко применяется при лабораторном подтверждении диагноза у больных кишечными инфекциями. Исследуется сыворотка крови на содержание специфических антител к микроорганизмам кишечной группы. Серологическое исследование имеет ретроспективное диагностическое значение, так как кровь на анализ берут 2 раза с интервалом 7-10 дней [10, с. 125].

Роль разных методов диагностики неодинакова при разных инфекциях. Результаты лабораторной диагностики напрямую зависят от своевременного и правильного забора биоматериала у больного и его хранения, что является профессиональной обязанностью медсестры.

При выявлении случая заболевания острыми кишечными инфекциями оставлять заболевшего ребенка в группе недопустимо. Медицинская сестра МДОУ, руководствуясь СанПиН 2.4.1.2660-10 («Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций») изолирует ребенка. Медицинская сестра вызывает бригаду скорой помощи к инфицированному ребенку, заполняет журнал извещения об инфекционном заболевании и накладывает на группу, где зарегистрирован случай заражения, карантин.

Сотрудники организации проводят противоэпидемические мероприятия в течение недели. На пищеблоке и в группе организации после изоляции ребенка производится заключительная дезинфекция.

В течение недели за детьми и персоналом группы устанавливается медицинское наблюдение (измеряется температура тела, опрашиваются родители, производится осмотр детей).

Новые дети в группу не принимаются, перевод воспитанников из группы в группу или другую организацию до завершения противоэпидемических мероприятий запрещается. В период ограничительных мероприятий за группой закрепляется постоянный персонал [1, с. 38].

Руководитель организации разрабатывает план противоэпидемической (профилактической) работы в организации, назначается лицо, которое ответственно за ее выполнение в целом и по отдельным мероприятиям в частности.

При утреннем фильтре детей в группу, в которой зафиксировано инфекционное заболевание, медицинская сестра проводит:

- опрос родителей о состоянии здоровья ребенка (наличие головной боли, температуры тела, рвоты, боли в горле, тошноты, боли в животе, наличие диареи);
- осмотр кожных покровов, зева;
- измерение температуры тела;
- выявленные при утреннем приеме больные и дети, у которых есть подозрение на заболевание, в МДОУ не принимаются [1, с. 45];
- при обнаружении острых кишечных инфекций немедленно направляется экстренное извещение по установленной форме, извещается поликлиническая служба.

В инфекционной больнице происходит забор материала для бактериологического исследования. Материалом для анализа служат каловые массы, рвотные массы, промывные воды желудка и кишечника, кровь. Для установления точного диагноза клинико-эпидемиологических данных недостаточно, поэтому необходимо провести лабораторную диагностику острой кишечной инфекции.

Таким образом, проведя анализ диагностики острых кишечных инфекций у детей, становится очевидным важность своевременного выявления и диагностирования этого заболевания, особенно, если ребенок посещает детский сад, где распространение кишечной инфекции может произойти очень стремительно.

## 1.5 Лечение острых кишечных инфекций у детей

Комплекс лечебных мероприятий ОКИ состоит из 4 компонентов:

- регидратационная терапия;
- антибактериальная терапия;
- вспомогательная терапия;
- диетотерапия.

Рассмотрим данные компоненты лечения по очередности.

Регидратационная терапия (пероральная и парентеральная).

Выбор регидратационной терапии напрямую зависит от степени дегидратации организма (Таблица 2).

Таблица 2

Степени обезвоживания (дегидратации)

<b>1 степень компенсированная, ≤ 5% от массы тела</b>	<b>1 степень субкомпенсированная, 6-9% от массы тела</b>	<b>2 степень декомпенсированная, ≥10% от массы тела</b>
Четких объективных клинических проявлений дегидратации нет, может быть легкая жажда	Объективная клиника дегидратации: сухость слизистых, снижение тургора кожи, тахикардия, глухость тонов сердца, тенденция к артериальной гипотензии, олигурия, бледность кожи	Крайние клинические проявления дегидратации: резчайшая сухость слизистых, не закрывающиеся впавшие глаза, сухая морщинистая кожа («руки прачки»), выраженная тахикардия,

		глухость сердечных тонов, артериальная гипотензия < 90/60 мм рт.ст., нитевидный пульс на периферических сосудах, тахипноэ, анурия, нарушение уровня сознания, судороги конечностей и др.
--	--	--

Острые кишечные инфекции, при которых возникает так называемая «водянистая диарея» (холера, энтеротоксигенный эшерихиоз и др.), а также кишечные инфекции, вызванные другими причинами, сопровождающиеся энтеритом, гастроэнтеритом, энтероколитом (сальмонеллез, ротавирусная инфекция и др.), Всемирная организация здравоохранения предлагает лечить пероральной регидратацией. Данный метод максимально эффективен при использовании с первых часов начала болезни.

Применение метода оральной регидратации на ранних сроках выявления ОКИ, по данным ВОЗ, снижает потребность в госпитализации больных в 2 раза, и более того, способствует снижению летальных исходов в 2-14 раз.

Следует отметить, что применяемый глюкозо-солевой раствор безопасен и обоснован физиологически, поскольку восстанавливает нарушения водно-солевого баланса и нормализует обмен веществ, так как глюкоза усиливает перенос калия и натрия через слизистую оболочку тонкой кишки.

Для борьбы с обезвоживанием рекомендуется использование препарата «Регидрон», который содержит в 1 порошке: 3,5 г натрия хлорида, 2,9 г натрия цитрата, 2,5 г калия хлорида и 10,0 г глюкозы (или отечественный «Глюкосолан», содержащего в 1 порошке 3,5 г натрия хлорида, 2,5 г натрия бикарбоната, 1,5 г калия хлорида и 20 г глюкозы) [11, с. 72]. Перед употреблением 1 порошок этих препаратов разводится в 1 л. кипяченой воды и в готовом виде может храниться сутки. Количество необходимой жидкости при

обезвоживании рассчитывается в зависимости от выраженности дегидратации (Таблица 3).

Таблица 3

Расчет количества жидкости при обезвоживании

Масса тела (кг)	Количество(мл) раствора, необходимого на первые 6 часов при обезвоживании:		
	1-й степени	2-й степени	3-й степени
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
5	250	400	500
10	500	800	1000
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
15	750	1200	1500
20	1000	1600	2000
25	1250	2000	2500
30	1500	2400	3000
40	2000	3200	3500

Показания для проведения пероральной регидратации – начальные проявления расстройства стула, умеренное обезвоживание, не тяжелое состояние ребенка.

Показания для проведения парентеральной регидратации:

- тяжелые формы дегидратации (2–3 степени) (Таблица 2) с признаками гиповолемического шока;
- инфекционно-токсический шок;
- сочетание обезвоживания (любой степени) с тяжелым токсическим поражением организма;
- олигурия или анурия, которая не исчезает после первого этапа регидратации;
- неукротимая рвота;
- увеличение объема испражнений во время проведения оральной регидратации в течение 2-х дней лечения (данные проявления могут быть

связаны с врожденными или приобретенными в период заболевания нарушением всасывания глюкозы (встречается редко);

– не эффективность пероральной регидратации в течение суток.

Регидратационная терапия, проведенная своевременно, является первоочередным и наиболее важным элементом в лечении ОКИ. Главное условие быстрого и успешного лечения – это раннее применение адекватной регидратационной терапии, которая проводится с учетом тяжести обезвоживания организма ребенка.

В амбулаторных условиях, проводя пероральную регидратацию, через 4-6 часов от начала лечения медицинский работник должен оценить эффективность назначенной терапии и выбрать дальнейший план действий:

1) если признаки дегидратации заметно уменьшились или исчезли, то пациента переводят на поддерживающую терапию (второй этап);

2) если признаки обезвоживания не изменились, то лечение продолжают в том же режиме последующие 4-6 часов;

3) при усилении признаков обезвоживания и ухудшении состояния необходима госпитализация [7, с. 93].

Вторым этапом является поддерживающая регидратация. Она проводится, исходя из объема потерянной жидкости. Ориентировочный объем раствора для поддерживающей регидратации – 50-100 мл или 10 мл/кг массы тела после каждого стула. На данном этапе можно чередовать глюкозосолевые растворы с бессолевыми растворами – фруктовыми и овощными отварами, чаем без сахара.

Антибактериальная терапия. В качестве антибактериальной терапии при острых кишечных инфекциях чаще всего назначают нифуроксазид. Этот препарат относится к антибиотикам нитрофуранового ряда. Нифуроксазид имеет преимущество перед другими лекарственными средствами своего ряда: он не всасывается в кровь в желудочно-кишечном тракте, не оказывает

системного влияния на организм в целом, а также справляется с большинством возбудителей острых кишечных инфекций [14, с. 158].

Антибактериальные лекарственные препараты принимают, как правило, перорально. Внутривенное введение антибиотиков производится только в стационарных условиях.

Антибиотики назначают в случае тяжелых форм инвазивных диарей, детям с заболеваниями кишечника в хронических стадиях, детям до трех месяцев, при заболеваниях холерой, шигеллезом, гемоколитом.

Вспомогательная терапия. В качестве вспомогательной терапии следует отметить применение пробиотиков. Курс лечения, как правило, составляет пять-десять дней. Пробиотики – препараты, которые способствуют нормализации микрофлоры кишечника. Применение данной вспомогательной терапии способствует сокращению длительности заболевания, детям легче переносить инфекцию. При инвазивных типах диарей целесообразнее применять комплексно антибактериальные препараты и пробиотики, в случае секреторных диарей пробиотики могут выступать самостоятельными средствами лечения [12, с. 34].

Энтеросорбенты так же выступают в качестве вспомогательной терапии. Эти препараты могут уменьшить интоксикацию организма, так как обладают способностью задерживать на своей поверхности вирусы и бактерии и их токсические производные. Различают кремниевые и угольные сорбенты. Для достижения результата лечения кремниевых сорбентов необходимо гораздо меньшее количество. Еще одно их преимущество перед угольными: они не проникают в подслизистую кишечника и не вызывают воспалительных процессов.

Диетотерапия. В начале заболевания острой кишечной инфекцией рекомендуется урезать объем питания ребенка на 15-20%. В этот период пища преимущественно должна быть протертой, а ее недостаток восполняется жидкостью: овощными бульонами, фруктовыми отварами, чаем,

регидратационными растворами. Далее, в случае улучшения состояния, ребенку разрешен переход на полноценное питание. Как правило, при легких формах кишечных инфекций – это третий-пятый день. При заболеваниях средней тяжести количество пищи сокращают на 20-30% на начальном этапе, возобновление полноценного питания разрешается на четвертый-шестой день.

Детям старшего возраста необходимо исключить из рациона продукты, которые вызывают чрезмерную нагрузку на кишечник: мясные бульоны высокой концентрации, сладости, молоко, соки.

К употреблению рекомендуются продукты питания, богатые нежной клетчаткой: печеные яблоки, отварные овощи, каши. Пища должна быть хорошо кулинарно-обработанной, размятой или протертой [5, с. 112].

Проведя анализ лечебных мероприятий при острых кишечных инфекциях у детей, можно обобщить основные направления в лечении. Это регидратационная терапия, антибактериальная терапия, вспомогательная терапия, диетотерапия. Каждый случай заболевания острыми кишечными инфекциями специфичен и требует индивидуального подхода в выборе лечения.

## **1.6 Профилактика острых кишечных инфекций**

В современной действительности основными направлениями в профилактике острых кишечных инфекций являются: естественное вскармливание, рациональное питание, употребление чистой питьевой воды, соблюдение санитарно-гигиенических норм.

В настоящее время остается актуальным вопрос профилактики острых кишечных инфекций. Она требует неукоснительного соблюдения общегигиенических мер в быту, при приготовлении пищи и во время еды.

Пища должна храниться в холодильнике: при низкой температуре, даже в случае попадания в пищу микробов, они не смогут размножиться. Готовую к

употреблению пищу следует накрывать пищевой пленкой, либо убирать в холодильник. Пищевые продукты в летний сезон следует закрывать от мух. Для защиты от мух оконные и дверные проемы закрывают мелкими сетками или марлей.

К заболеванию может привести и неразборчивость при покупке продуктов, скоропортящихся продуктов с истекшим сроком годности, употребляемых в пищу без термической обработки – с рук, вне рынков, где они не проходят санитарный контроль [6, с. 48].

Все продукты необходимо тщательно мыть. Те, которые могут быть подвергнуты термической обработке (кипячение, варка, тушение и другие способы), должны употребляться не в сыром, а именно в обработанном виде. Воду следует употреблять только кипяченую.

Пища может инфицироваться больным человеком или носителем инфекции после кулинарной обработки. Микробному обсеменению таким же образом подвергаются мороженое, пирожные, компоты и соки из свежих фруктов, салаты и другие продукты. Поэтому опасно покупать мороженое, пирожки, разливные напитки у неизвестных лиц на улице [6, с. 45].

Профилактика острых кишечных инфекций должна быть направлена на следующие звенья эпидемической цепочки:

- источник инфекции;
- пути передачи;
- восприимчивость организма.

Ввиду того, что кишечные инфекции относятся к нозокомиальным инфекциям, надзор за их распространением и выявлением занимает главенствующую роль.

Раннее и полное выявление больных и бактерионосителей, а также их своевременная изоляция имеет очень большое значение в борьбе с распространением острых кишечных инфекций.

Цепочка действий начинается непосредственно после установления источника инфекции и заканчивается, когда носитель освобождается от возбудителя инфекции. В каждом случае решение принимается врачом по согласованию с эпидемиологом о форме изоляции больного (на дому или в стационаре) [15, с. 87].

Большую значимость имеют грамотное санитарно-гигиеническое воспитание детей и родителей, благоустройство населенных территорий в соответствии с санитарными нормами, качественная питьевая вода, соблюдение санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм и правил при строительстве детских дошкольно-школьных и лечебно-профилактических организаций (особенно летних оздоровительных лагерей), строгий контроль за хранением, приготовлением и сроками реализации скоропортящихся продуктов питания (молочные продукты, салаты и другие продукты, готовые к употреблению). Воздействие на пути передачи включают проведение текущей и заключительной дезинфекции, соблюдение соответствующего режима ухода за больными в стационаре и домашних условиях, предотвращение попадания испражнений больных в окружающую среду [14, с. 21].

В настоящее время специфической профилактики ОКИ нет, так как отсутствуют соответствующие вакцины.

В детских ЛПУ важны мероприятия по предупреждению внутрибольничной кишечной инфекции, для этого:

- работа стационаров должна производиться по режиму инфекционных больниц;
- ежедневная влажная уборка должна проводиться с использованием дезинфицирующих средств, с тщательной обработкой сан узлов, дверных ручек, кроватей, игрушек;
- предметы обстановки (пеленальные столы, весы, раковины, поверхности тумбочек и т.д.), все предметы ухода за больными и уборочный

инвентарь после каждого использования обрабатываются с дезинфицирующим раствором;

– бывшее в употреблении белье обеззараживается в дезинфицирующем растворе, а белье из детских, инфекционных и родовспомогательных учреждений стирается отдельно, подлежит дезинфекции и проглаживанию;

– после выписки больного постельные принадлежности подвергаются камерной дезинфекции.

Согласно Санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.1.3108-13в отделении любого профиля проводится сбор эпидемиологического анамнеза при поступлении ребенка. Дети и матери, допущенные к уходу, подлежат однократному бактериологическому обследованию на тифо-паратифозную группу [2, с. 9].

При установлении внутрибольничного инфицирования на титульном листе истории болезни делается соответствующая запись. В отделении необходимо иметь:

– Журнал учета инфекционных заболеваний. В нем указывают дату выявления больного, дату и место перевода, уточненный диагноз.

– Журнал регистрации противоэпидемических мероприятий, где отмечается дата выявления и изоляции, результаты обследования контактных, дата проведения дезинфекции, срок карантина.

– Листы наблюдения за контактными больными (наблюдение в течение 7 дней – термометрия, осмотр и контроль стула) [8, с. 17].

Больной, которого изолируют, доставляется на специально выделенном транспорте, который впоследствии обязательно подвергают дезинфекционной очистке. Бокс приемного отделения, а также предбоксы должны быть оснащены всем необходимым для персонала. Строгое соблюдение санитарного режима в отделениях имеет важнейшую роль в предотвращении инфицирования.

Мерой предупреждения также является ранее выявление и изоляция больных (экстренное извещение). Бактериальному обследованию подлежат контактные дети до 2 лет из домашнего очага, до 6 лет из детских дошкольных общеобразовательных организаций, школ-интернатов и оздоровительных лагерей. Если в детском саду заболели одновременно дети из разных групп, то по согласованию с районными эпидемиологами обследуют весь персонал и детей всех групп. Также важна текущая дезинфекция в очагах заболевания [2, с. 13].

Кроме этого, мерой профилактики со стороны медицинского персонала является санитарно-просветительская работа с семьями в отношении личной гигиены и санитарно-эпидемиологического режима.

Экономический ущерб, который несут семьи в результате лечения больного ребенка, возможно, предотвратить только адекватными мерами профилактики кишечных инфекций, тем более что они не требуют никаких финансовых вложений в отличие от дорогостоящих препаратов для восстановления организма ребенка [8, с. 56].

Таким образом, на основании собранных данных в 1 главе можно сделать вывод, что острые кишечные инфекции наиболее распространены у детей раннего возраста. Заболевания, источники и пути передачи кишечных инфекций у детей разнообразны. Острые кишечные инфекции представляют серьезную опасность для организма ребенка. Они занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, поэтому очень важно правильно проводить диагностику на основе клинической картины заболевания и лабораторных исследований. Выбор лечения острых кишечных инфекций напрямую зависит от правильно поставленного диагноза. К основным методам лечения относятся: регидратационная терапия, антибактериальная терапия, вспомогательная терапия, диетотерапия. Каждый случай заболевания острыми кишечными инфекциями специфичен и требует индивидуального подхода.

Важнейшим этапом в предотвращении развития заболевания является профилактика. Профилактические мероприятия ОКИ делятся на первичные и вторичные. К первичной профилактике ОКИ относят санитарно-гигиеническое воспитание детей и родителей. К вторичной – раннее и полное выявление больных, их своевременная изоляция. Медицинская сестра - непосредственный участник профилактических мероприятий. Профессиональная деятельность медицинской сестры очень важна и многогранна.

## **ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

### **2.1 Организационная характеристика МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 4» п. Майский Белгородского района Белгородской области**

Детский сад МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 4» основан в 1985 году. Расположен в п. Майский Белгородского района по улице Кирова 13а.

Режим работы МДОУ: 12 часов (12 часового пребывания 6 групп и 10 групп – 10,5 часового пребывания); 5-ти дневная рабочая неделя.

Динамика статуса: 1985-2000 гг. – МДОУ носил название детский сад-ясли «Колосок» ОПХ «Центральное»;

2000-2009гг. – МДОУ переименован «Детский сад комбинированного вида № 4 п. Майский»;

В 2009 г переименован – МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 4 п. Майский Белгородского района Белгородской области.

Проектная мощность МДОУ: 340 детей, списочный состав 512 детей. Количество групп: 17, из них: 4 младших, 6 средних, 5 старших групп, 1 группа кратковременного пребывания детей подготовительная «Подготовка к обучению в школе»; 1 группа кратковременного пребывания детей раннего возраста.

Сотрудники учреждения: всего педагогов 44, из них 1 учитель-логопед, 1 педагог-психолог, 2 инструктора по физической культуре; 3 музыкальных руководителя, медицинский персонал – 2 медицинских сестры.

Организация обеспечивает сбалансированное питание (включая второй завтрак) в соответствии с возрастом детей: 5-ти разовое для детей в группах с 12-ти часовым пребыванием.

Осуществление контроля за организацией и качеством питания, его разнообразием, витаминизацией, закладкой продуктов питания, кулинарной обработкой, выходом блюд, вкусовыми качествами пищи, санитарным состоянием пищеблока, правильностью хранения, соблюдением сроков реализации продуктов возлагается на медицинский персонал детского сада [7, с. 35].

Ответственность за качество приготовления пищи, выполнение санитарно-гигиенических требований в организации работы пищеблока возлагается на поваров детского сада. Персональная ответственность за организацию деятельности пищеблока возлагается на шеф-повара организации.

Питание детей осуществляется в соответствии с 14 дневным меню и утверждается руководителем (СанПиН 2.4.1.2660-10).

Медицинское обслуживание в организации осуществляется штатным и (или) специально закрепленным, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, за организацией медицинским персоналом ОГБУЗ «Белгородская ЦРБ» с. Стрелецкое, который наряду с администрацией несет ответственность за здоровье и физическое развитие детей, проведение лечебно-профилактических мероприятий, соблюдение санитарно-гигиенических норм, режима и качества питания детей.

Организация предоставляет помещения с необходимыми условиями для работы медицинского персонала.

Медицинское обслуживание в пределах функциональных обязанностей осуществляется медицинским персоналом бесплатно [2, с. 14].

Распространение острых кишечных инфекций в детских дошкольных организациях находится в прямой зависимости от санитарного содержания помещений и соблюдения правил санитарно-противоэпидемического режима. Контроль и соблюдение норм регулируется правовыми актами: СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика острых кишечных инфекций», СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и

организации режима работы дошкольных образовательных организаций», «Должностные инструкции медицинской сестры детского сада», которые утверждает заведующая МДОУ). Профилактика в борьбе с острыми кишечными инфекциями очень важна. Профилактические меры должны знать и соблюдать как родители, так и работники МДОУ во избежание распространения инфекции среди детей.

## **2.2 Профессиональные обязанности медицинской сестры по профилактике острых кишечных инфекций у детей на базе МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 4» п. Майский Белгородского района Белгородской области**

Сестринское дело – важнейшая составная часть системы здравоохранения. Во многих случаях медицинская сестра является связующим звеном между пациентом и системой здравоохранения.

Во избежание заболеваемости необходимо проводить большую санитарно-воспитательную работу с родителями, добиваясь того, чтобы они сами сообщали в детский сад о заболеваниях в семье. Такое своевременное извещение является важнейшим условием борьбы с заносом возбудителя инфекции в детские организации. Помимо санитарно-воспитательной работы, медицинская сестра контролирует многие аспекты санитарно-гигиенического состояния помещений, пищеблока детского сада и другие важные аспекты в работе детского сада.

Профессиональные обязанности медицинской сестры МДОУ заключаются в контроле следующих процессов:

- дети размещаются по группам строго на основании существующих санитарных норм;
- за каждой группой закрепляется персонал;

- необходимо тщательно следить за соблюдением личной гигиены детьми и персоналом;
- группу необходимо обеспечить отдельной столовой посудой, игрушками, горшками, уборочным инвентарем и т. д.;
- применять уборочный инвентарь в группах, горшечных, пищеблоке необходимо отдельно;
- для кормления, ухода за детьми, уборки горшечной должны быть выделены отдельные халаты.

Медицинская сестра контролирует санитарно-гигиеническое состояние пищеблока ежедневной проверкой качества уборки кухни и всех подсобных помещений, соблюдения правил мытья посуды, оборудования, что должно проводиться в соответствии с СанПин2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».

1. Каждый пропуск ребенком детского учреждения должен контролироваться.

2. При ежедневном приеме ребенка в детский сад медицинская сестра должна тщательно расспрашивать мать о состоянии ребенка.

3. При приеме медицинская сестра должна осматривать ребенка, особенно зев, кожу, измерять температуру тела.

4. При подозрении на инфекционное заболевание медицинская сестра не должна оставлять ребенка в детской дошкольной организации.

5. Нельзя допускать непосредственного контакта между здоровыми детьми и заболевшим ребенком. Необходимо постоянно следить за состоянием и поведением ребенка в течение дня. Если у ребенка обнаружены признаки острого заболевания, нужно немедленно послать за матерью, а ребенка изолировать (поместить в свободную комнату), уложить в постель.

6. При инфекционном заболевании в детском саду на всю организацию или на отдельную группу, где обнаружена инфекция, накладывают карантин.

7. Необходимо обеспечить полное разобщение детей с заболевшим ребенком в группе с детьми остальных групп, прекратить прием в группу вновь поступающих детей, не перенесших данное заболевание [11, с. 34].

8. Необходимо выполнить бактериологическое исследование у всех, кто находился в контакте с больным ребенком (включая обслуживающий персонал).

9. Должна быть выполнена профилактическая и заключительная дезинфекция.

10. Каждый случай инфекционного заболевания должен быть зарегистрирован в специальном журнале [1, с. 43].

11. В отдельной тетради необходимо записывать случаи заболевания внутри коллектива с подробным эпидемиологическим разбором, указанием числа заболевших (имевших контакт) и установленных сроков карантина. Также необходимо зафиксировать весь комплекс проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

12. Медицинская сестра должна доводить до сведения родителей правила по профилактике инфекционных заболеваний у детей.

Таким образом, рассмотрев профессиональные обязанности медицинской сестры детского сада, мы видим, что ее роль в профилактике детских кишечных заболеваний огромна. Профессиональная деятельность медицинской сестры в детском саду включает целый комплекс мероприятий, направленных на предотвращение заболеваний острыми кишечными инфекциями: это и санитарно-воспитательная, санитарно-просветительская работа и санитарно-гигиенический контроль. Каждое звено играет большую роль в предотвращении распространения острых кишечных инфекций у детей.

## **2.3 Социологическое исследование осведомленности родителей о мерах профилактики острых кишечных инфекций у детей**

Профессиональная деятельность медицинской сестры детского сада многогранна. Один из аспектов которой – санитарно-просветительская работа. Первичная профилактика острых кишечных инфекций у детей включает в себе санитарно-гигиеническое воспитание родителей и детей, а также санитарно-просветительскую работу.

Нами было проведено анкетирование родителей воспитанников детского сада, направленное на выявление знаний о мерах профилактики острых кишечных инфекций. Анкетирование проводилось на базе МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 4», так как детский сад – это первая ступень социального развития в жизни человека, где его здоровье подвергается комплексом благоприятных и негативных внешних факторов. Эффективность первичной профилактики ОКИ у детей напрямую зависит от образа жизни родителей и семьи в целом, поэтому необходимо проводить профилактические мероприятия ОКИ с родителями.

Целью данного анкетирования было выявление роли медицинской сестры в первичной профилактике острых кишечных инфекций у детей.

Нами была составлена анкета-опрос по первичной профилактике ОКИ у детей (приложение 1).

В анкетировании приняли участие родители младших групп. В анкетировании приняли участие 67 родителей.

План исследования:

- провести анкетирование родителей;
- оценить результаты анкетирования;
- составить рекомендации о профилактике кишечных инфекций у детей.

Далее рассмотрим результаты анкетирования.

В первом блоке анкеты рассмотрены вопросы, касающиеся непосредственно детского сада в профилактике острых кишечных инфекций у детей.



Рис. 1. Качество пищи в МДОУ

Отвечая на вопрос о качестве пищи в МДОУ, 85 % родителей остались довольны питанием, 15 % оценили качество пищи удовлетворительно, ссылаясь на скудный рацион и пищевые качества готовых блюд (

Рис. 1).



Рис. 2. Оцените санитарно-гигиеническое состояние помещений детского сада

Далее следовал вопрос по оценке санитарно-гигиенического состояния помещений детского сада (Рис. 2). Практически все родители (93%) оценили поддержание помещений в чистоте хорошо, что свидетельствует о качественной и своевременной уборке помещений персоналом. Так как несоблюдение гигиенических норм ведет к заражению инфекциями.



Рис. 3. Довольны ли вы качеством профессиональной деятельности медицинской сестры в детском саду?

Отвечая на вопрос: «Довольны ли вы качеством профессиональной деятельности медицинской сестры в детском саду?» (

Рис. 3), практически все родители положительно (97%) оценили качество работы медицинской сестры детского сада. Лишь малая доля (3%) респондентов ответили отрицательно.



Рис. 4. Считаете ли вы своевременной работу медицинского персонала детского сада по выявлению заболеваний?

Далее в анкете следовал вопрос: «Считаете ли вы своевременной работу медицинского персонала детского сада по выявлению заболеваний?» (

Рис. 4).

Родители практически единогласно положительно ответили на данный вопрос (98% – да). Таким образом, по оценке родителей, медицинский персонал в детском саду своевременно и качественно выполняет свою работу.

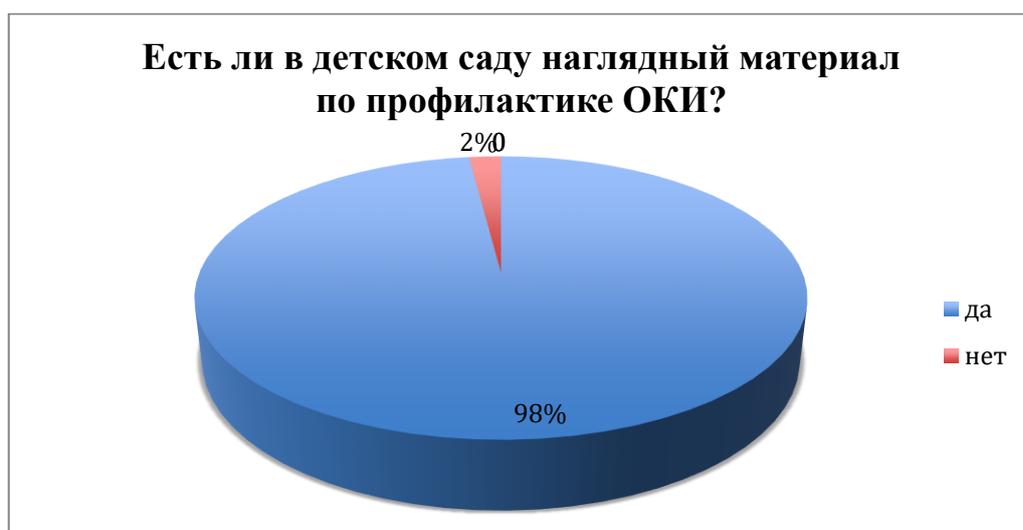


Рис. 5. Есть ли в детском саду наглядный материал по профилактике ОКИ?

На вопрос: «Есть ли в детском саду наглядный материал по профилактике ОКИ?» 99% респондентов ответили положительно (

Рис. 5). Следовательно санитарно-просветительская работа ведется персоналом и медицинской сестрой в детском саду на высоком уровне.



Рис. 6. Болез ли ваш ребенок ОКИ?

На вопрос «Болез ли ваш ребенок ОКИ?», 75% респондентов ответили положительно. Из чего следует сделать вывод, что дети младшего возраста особенно сильно подвержены острым кишечным инфекциям (

Рис. 6).



Рис. 7. При возникновении симптомов обращались ли вы за медицинской помощью?

Отвечая на вопрос: «При возникновении симптомов обращались ли вы за медицинской помощью?», выяснилось, что 23% родителей не обращались за медицинской помощью и лечили ребенка самостоятельно, что нередко очень опасно. (

Рис. 7).

Далее следовал блок из 6 вопросов о соблюдении гигиенических норм.



Рис. 8. Следите ли вы за чистотой рук вашего ребенка?

На вопрос: «Следите ли вы за чистотой рук вашего ребенка?» (Рис. 8) родители в своем большинстве ответили положительно (80%), однако 10% из них признались, что не всегда следят за чистотой рук детей. Из этого следует, что родителям необходимо более осознанно подходить к вопросу гигиены, так как кишечные инфекции передаются через грязные руки.



Рис. 9. Употребляют ли члены вашей семьи воду для питья из не проверенных источников?

Следующим в списке был вопрос: «Употребляют ли члены вашей семьи воду для питья из не проверенных источников?» (

Рис. 9). Следует отметить, что 15% родителей все же употребляют воду для питья из сомнительных источников, что нередко бывает опасно. Особенно велика опасность в летний период, когда частота кишечных инфекций резко возрастает. Следовательно, родители не в полной мере информированы по заболеванию острыми кишечными инфекциями.



Рис. 10. Знаете ли вы условия хранения скоропортящиеся продуктов?

Стоит отметить, что не все родители знают правильные условия хранения скоропортящихся продуктов (17%) (

Рис. 10). К скоропортящимся относятся продукты, которые нельзя хранить без холода, а максимальный срок их хранения совсем невелик (от 6 до 72 часов) в зависимости от вида продукта. Особенно опасным это незнание становится летом, так как жаркая погода способствует созданию благоприятных условий для сохранения и размножения возбудителей кишечных инфекций в окружающей среде, пищевых продуктах, воде, предметах домашнего обихода. Гигиенические требования к хранению продуктов просты и доступны каждому, но, если ими пренебрегать, еда может стать причиной болезни и отравлений.



Рис. 11. Тщательно ли вы следите за сроком годности продуктов, употребляемых в вашей семье?

Также не все родители отслеживают сроки годности продуктов. 11% анкетированных не всегда обращают внимание на этикетки о сроках годности продуктов в магазинах и хранят купленное дольше положенного (

Рис. 11). Таким образом, несоблюдение сроков хранения продуктов с последующим употреблением их в пищу, может спровоцировать ОКИ у детей.



Рис. 12. Избегаете ли вы контакта между сырыми и готовыми пищевыми продуктами?

Далее, на вопрос: «Избегаете ли вы контакта между сырыми и готовыми пищевыми продуктами?», 15% респондентов ответили – нет (

Рис. 12). Таким образом, родители подвергают риску своих детей.



Рис. 13. Всегда ли вы моете овощи и фрукты перед употреблением?

Одним из факторов заражения кишечными инфекциями являются овощи и фрукты, которые могут быть контаминированы почвой. Однако не все родители моют овощи и фрукты под проточной водой. На вопрос: «Всегда ли вы моете овощи и фрукты перед употреблением?», часть родителей ответили отрицательно (20%) (

Рис. 13).

На основе анализа анкетирования родителей можно сделать следующие **выводы:**

- качество пищи в МДОУ родители в большинстве оценивают положительно (85%);
- практически все респонденты оценили положительно санитарно-гигиеническое состояние помещений (93%), качество (97%) и своевременность профессиональной деятельности медицинской сестры(98%);
- процент заболеваний среди детей младшего возраста велик (75% опрошиваемых подтвердили ОКИ у своего ребенка);
- установлено, что не все родители обращаются за медицинской помощью вследствие заболевания ОКИ (23%);

– часть родителей не в полной мере следят за соблюдением санитарно-гигиенических норм в семье: не должным образом следят за чистотой рук детей (10%), употребляют воду для питья из не проверенных источников (15%), не в полной мере знают условия хранения скоропортящихся продуктов (17%), не достаточно тщательно следят за сроком годности продуктов (11%). Также установлено, что некоторые родители недостаточно осведомлены, как необходимо хранить готовые и сырые продукты питания (15%). Обязательное мытье овощей и фруктов перед употреблением часть респондентов не соблюдает (20%).

Для сравнительного анализа заболеваемости острыми кишечными инфекциями детей в МДОУ за 3 года (2016-2018 годы) мы обратились к медицинской сестре детского сада «Центр развития ребенка – детский сад №4 п. Майский Белгородского района Белгородской области».

По данным журнала регистрации инфекционных заболеваний формы 060/у в МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад №4 п. Майский Белгородского района Белгородской области» в 2016 году было зарегистрировано 6 случаев пищевых токсикоинфекций (ПТИ), 1 случай острой кишечной инфекции и 1 случай ротавирусной инфекции (Таблица 4,

Рис. 14)

Таблица 4

Случаи инфекционных заболеваний в МДОУ за 2016г.

<b>№</b>	<b>Название заболевания</b>	<b>Случаи</b>
1	ПТИ	6
2	ОКИ	1
3	Ротавирусная инфекция	1



Рис. 14. Случаи инфекционных заболеваний в МДОУ за 2016г.

По данным 2017 года в МДОУ зарегистрировано 3 случая пищевых токсикоинфекций и 1 случай острой кишечной инфекции (Таблица 5,

Рис. 15).

Таблица 5

Случаи инфекционных заболеваний в МДОУ за 2017год

№	Название заболевания	Случаи
1	ПТИ	4
2	ОКИ	2



Рис. 15. Случаи инфекционных заболеваний в МДОУ за 2017г.

В 2018 году среди детей пищевыми токсикоинфекциями заразились 4 ребенка, острыми кишечными – 2 (Таблица 6,

Рис. 16).

Таблица 6

Случаи инфекционных заболеваний в МДОУ за 2018 г.

№	Название заболевания	Случаи
1	ПТИ	3
2	ОКИ	1

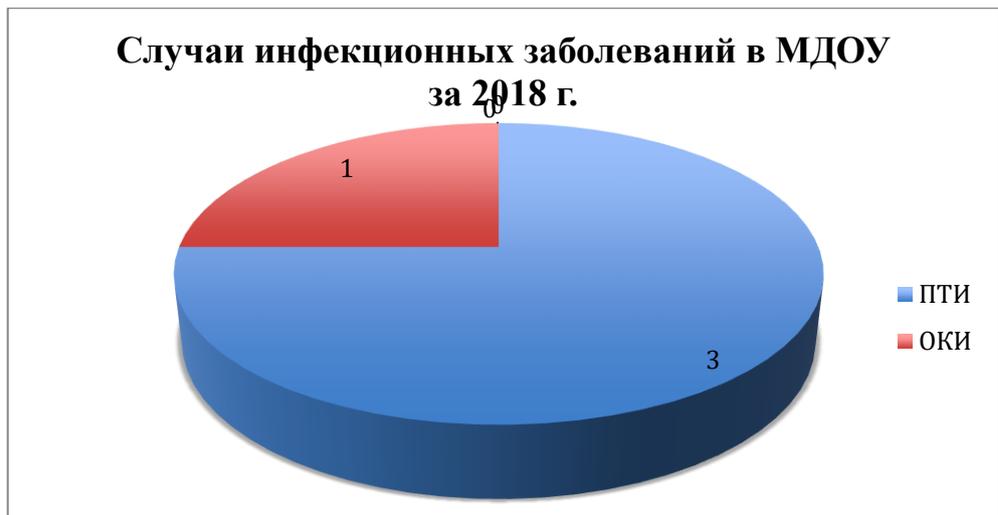


Рис. 16. Случаи инфекционных заболеваний в МДОУ за 2018 г.

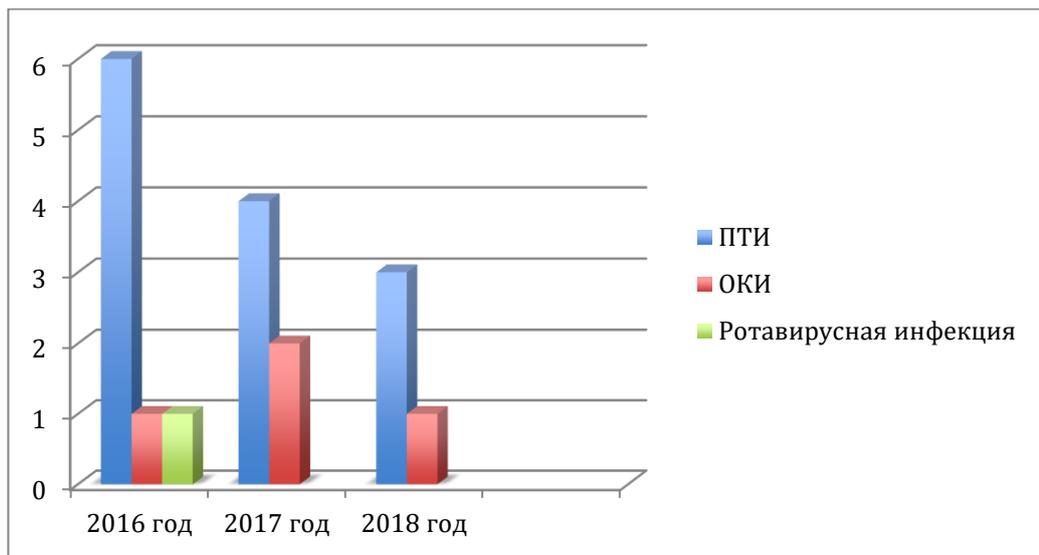


Рис. 17. Случаи инфекционных заболеваний в МДОУ за 2016/2018 годы

Рассмотрев случаи инфекционных заболеваний за период трех лет в сравнении (

Рис. 17), можно сделать вывод, что уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями в МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад №4

п. Майский Белгородского района Белгородской области» низкий, и есть тенденция снижения уровня заболеваемости.

Таким образом, на основе анализа заболеваемости острыми кишечными инфекциями детей в разрезе трех лет, можно сделать следующий вывод: в детском саду соблюдаются все санитарно-гигиенические нормы и активно ведется санитарно-просветительская работа по профилактике острых кишечных инфекций. Основные случаи заболевания происходят вне детского сада ввиду недостаточной осведомленности родителей о мерах профилактики острых кишечных инфекций. Следовательно необходимо повышать уровень знаний родителей в данной области.

По итогам проведенного анкетирования, была проведена беседа о профилактике ОКИ, а также подготовлена, распространена (представлена в приложении 2) памятка о профилактике острых кишечных инфекций и составлены рекомендации.

#### **Рекомендации для родителей по профилактике ОКИ у детей:**

1. Необходимо выбирать безопасные пищевые продукты. Многие продукты, например, фрукты и овощи, потребляют в сыром виде, а другие – рискованно употреблять без предварительной обработки. Определенные продукты, которые употребляются сырыми, требуют тщательной мойки, например, салат.

2. Необходимо тщательно готовить пищу. Сырые продукты, в частности, птица, мясо и сырое молоко, часто обсеменены патогенными микроорганизмами. В процессе тепловой обработки бактерии уничтожаются, но необходимо помнить, что температура во всех частях пищевого продукта должна достигнуть 70° С. Если мясо цыпленка все еще сырое у кости, то поместите его снова в духовку до достижения полной готовности. Замороженное мясо, рыба и птица должны тщательно оттаиваться перед кулинарной обработкой.

3. Употреблять приготовленную пищу без промедления. Когда приготовленная пища охлаждается до комнатной температуры, микробы в ней начинают размножаться. Чем дольше она остается в таком состоянии, тем больше риск получить пищевое отравление.

4. Тщательно хранить пищевые продукты. Важно знать, что приготовленная впрок пища хранится либо горячей (60 и выше градусов), либо холодной (ниже 10 градусов).

5. Необходимо тщательно подогревать приготовленную заранее пищу. Это лучшая мера защиты от микроорганизмов, которые могли размножиться в пище в процессе хранения (правильное хранение угнетает рост микробов, но не уничтожает их).

6. Избегать контакта между сырыми и готовыми продуктами. Правильно приготовленная пища может быть загрязнена путем соприкосновения с сырыми продуктами. Это перекрестное загрязнение может быть явным, когда например, сырая птица соприкасается с готовой пищей, или может быть скрытым. Например, нельзя использовать одну и ту же разделочную доску и нож для приготовления сырой и вареной (жареной) птицы. Подобная практика может привести к потенциальному риску перезаражения продуктов и росту в них микроорганизмов с последующим отравлением человека.

7. Мыть руки тщательно и часто. Перед приготовлением еды и после каждого перерыва в процессе приготовления пищи. После разделки сырых продуктов необходимо вымыть руки, прежде чем приступить к обработке других продуктов. После улицы, туалета, игр с домашними животными. Домашние животные—часто носители опасных микроорганизмов, которые могут попасть в пищу через Ваши руки.

8. Содержать кухню в чистоте. Любая поверхность, используемая для приготовления пищи должна быть абсолютно чистой. Полотенца для протирания посуды должны меняться каждый день. Тряпки для мытья полов также требуют частой стирки.

9. Необходимо хранить пищу защищенной от насекомых, грызунов и других животных. Животные часто являются переносчиками патогенных микроорганизмов, которые вызывают пищевые отравления.

10. Необходимо использовать чистую воду. Чистая вода важна для питья и приготовления пищи. Если есть сомнения в качестве воды, ее лучше прокипятить перед применением.

В данной главе мы рассмотрели профессиональную деятельность медицинской сестры в профилактике острых кишечных инфекций у детей. Была представлена структурная характеристика МДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 4», определены основные направления деятельности медицинской сестры по профилактике кишечных инфекций у детей в детском саду, проведен анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями за 2016-2018 год, а также анкетирование, в котором приняли участие 67 родителей младших групп. По результатам анкетирования было установлено, что часть родителей не в полной мере соблюдают санитарно-гигиенические нормы семьи и недооценивают важность профилактики острых кишечных инфекций у детей, что повышает риски заражения. По результатам анкетирования нами были составлены рекомендации для родителей по профилактике острых кишечных инфекций у детей, проведена беседа и составлены информационные памятки.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прогресс в области медицинского обслуживания, повышение культурного уровня, а также рост материального благосостояния населения способствовали снижению активности, вплоть до ликвидации, многих инфекционных заболеваний. Однако, стоит заметить, что ситуация с острыми кишечными инфекциями обстоит иначе: ОКИ и в настоящее время угрожают здоровью взрослого населения, но больше всего затрагивают детей. Эта категория граждан наиболее восприимчива к кишечным инфекциям, протекание заболевания чаще происходит в более тяжелой форме и имеет более серьезные последствия. Таким образом, острые кишечные инфекции стоят в первом ряду в инфекционной патологии детского возраста.

Одним из неукоснительных правил недопущения развития ОКИ является выполнение всем известного простого правила «регулярно мыть руки». Поскольку кишечные инфекции иногда называют «болезнями грязных рук», то выполнение простых гигиенических манипуляций с мылом значительно снижает риск возникновения данного типа заболеваний. Следовательно, важнейший фактор профилактики у детей – это формирование устойчивых гигиенических навыков. Формирование полезных поведенческих стереотипов первично происходит именно в семье: последовательное соблюдение санитарных правил, подкрепленное личным примером, формирует в ребенке правильное понимание своего тела и правильное отношение к своему здоровью. Семья и ближайшее окружение детей закладывают им необходимую поведенческую базу в отношении правил гигиены, что в дальнейшем способствует или препятствует развитию данного типа заболеваний. Однако, кроме семьи, углубить информированность каждого человека о нормах санитарии – одна из обязанностей медицинских работников, в частности – медицинских сестер.

Целью данной работы было исследование профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике острых кишечных инфекций у детей.

Анализ теоретических данных и литературных источников по исследуемой проблематике показал высокую степень заболеваемости кишечными инфекциями у пациентов детского возраста в России. В течение ряда лет показатели заболеваемости острыми кишечными инфекциями значительно превышают средние по стране и не имеют тенденции к снижению, продолжают занимать ведущее место в структуре общей заболеваемости, особенно у детей. В 2018 году заболеваемость острыми кишечными инфекциями превысила среднефедеральный показатель в 2 раза.

Тем большее значение приобретает профилактическая деятельность медицинской сестры в предупреждении острых кишечных инфекций у детей, в частности в детском саду. Санитарно-воспитательная работа, санитарно-просветительская работа и всесторонний контроль соблюдения санитарно-гигиенических норм – наиболее важные аспекты деятельности медицинской сестры в детском дошкольном учреждении.

Нами было проведено социологическое исследование осведомленности родителей о мерах профилактики острых кишечных инфекций у детей. В ходе анализа анкетирования родителей по вопросу профилактики острых кишечных инфекций у детей было выявлено, что часть родителей не должным образом следят за гигиеной своих детей, не учитывают срок годности покупаемой и приготавливаемой пищи. Такая пренебрежительность к санитарным и гигиеническим нормам становится особенно опасной в летний период, когда риски заболеть острыми кишечными инфекциями повышаются. Далее в результате исследования было установлено, что респонденты не всегда обращаются за медицинской помощью в случае острых кишечных инфекций, пытаясь вылечить ребенка в домашних условиях. Такой подход к лечению

может иметь серьезные последствия: от осложнений до летального исхода. К сожалению, данная тенденция сохраняется на высоком уровне.

Учитывая вышеперечисленные данные, стоит отметить, что профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике острых кишечных инфекций очень важна. Медицинская сестра – первый профессиональный специалист, который обнаруживает больного в ранние сроки проявления ОКИ, принимает меры по своевременной изоляции и недопущению развития болезни. Кроме того, медицинская сестра проводит обязательное санитарно-гигиеническое воспитание населения, в результате которого до сведения родителей доводятся правила по профилактике инфекционных заболеваний у детей.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях. СанПиН 2.4.1.2660-10 [Текст]: постановление главного государственного санитарного врача РФ от 22 июля 2010 года N 91с изменениями на 20 декабря 2010 года. - Москва: Сфера, 2015. - 144 с.
2. Профилактика острых кишечных инфекций. Санитарно-эпидемиологические правила. СП 3.1.1.3108-13 [Текст]: постановление главного государственного санитарного врача РФ от 9 октября 2013 года N 53с изменениями на 5 декабря 2017 года. - Москва: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2015. – 22 с.
3. Гитун, Т.В. Острые кишечные инфекции. Как с ними бороться[Текст]:учебная литература/ Т. В. Гитун. - Москва: Перспектива, 2017. – 64с.
4. Инфекционные болезни[Текст]: учебник. – Санкт-Петербург: ООО «ФОЛИАНТ», 2009. - 320 с.
5. Лечебно-диагностические стандарты по инфекционным болезням у детей[Текст]: учебное пособие/ Под ред. Э.М. Симованьян - Ростов-на-Дону: ГОУ ВПО Рост ГМУ, 2005. - 152 с.
6. Острые кишечные инфекции у детей [Текст]: учебно-методическое пособие для студентов 5 и 6 курсов Московского факультета/ Под ред. профессора О.В. Шамшевой.- Москва: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России, 2013 г. – 136с.
7. Сестринская помощь в педиатрии [Текст]: учебное пособие: пер. с англ./ Под общ. ред. профессора Г.М. Перфильевой. - Москва: ГЭОТАР - МЕД, 2017. – 176 с.
8. Сестринское дело, том 2 [Текст]: учебное пособие/ Под ред. А.Ф. Краснова. - Москва: ГП «Перспектива», 2017. - 351 с.

9. Справочник главной (старшей) медицинской сестры [Текст]: медицинский справочник.- Москва: Издательство ГРАНТЬ, 2015. - 735 - 736, 813 - 819 с.
10. Справочник медицинской сестры [Текст]: медицинский справочник.- Москва: Издательство Эксмо, 2016. - 608 с.
11. Тульчинская, В.Д.Сестринское дело в педиатрии. Серия «Медицина для вас» [Текст]/В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова. –Ростов- на-Дону: Феникс, 2016 год. - 226 - 231, 244 - 245, 273 - 274 с.
12. Учайкин, В.Ф. Острые кишечные инфекции у детей (диагностика, классификация, лечение) [Текст]/ В.Ф. Учайкин, А.А.Новокшенов, Л.Н. Мазанкова, Н.В. Соколова.– Москва: Эксмо, 2017. - 53 с.
13. Царегородцева, Л.В. Особенности лечебной диеты у детей раннего возраста с острыми расстройствами пищеварения[Текст]/ Л.В. Царегородцева// Лечащий врач. - 2015. - №10. – с. 11-12.
14. Шувалова, Е.П. Инфекционные болезни [Текст]/ Е.П. Шувалова, Е.С. Белозеров, Т.В. Беляева, Е.И. Змушко.- Москва: Медицина, 2001. – 380 с.
15. Юшук, Н.Д. Диагностика и дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций [Текст]/ Н.Д. Юшук, Л.Е.Бродов, Д.Р. Ахмедов. - Москва: Эксмо,2014.-274с.
16. Юшук, Н.Д. Острые кишечные инфекции [Текст]/Н.Д. Юшук, Ю.В. Мартынов, М.Г Кулагина, Л.Е. Бродов.- Москва: ГЭОТАР, 2015. - 402 с.

**Анкета для родителей**

**Уважаемые родители!**

Для повышения качества профилактики острых кишечных инфекций у детей,  
просим Вас ответить на следующие вопросы:

1. Оцените качество пищи в детском саду № 4 п. Майский?  
Удовлетворительно/ хорошо/ неудовлетворительно.

2. Оцените санитарно-гигиеническое состояние помещений детского сада.  
Удовлетворительно/ хорошо/ неудовлетворительно.

3. Довольны ли вы качеством профессиональной деятельности медицинской  
сестры в детском саду? Да / Нет.

4. Считаете ли вы своевременной работу медицинского персонала детского  
сада по выявлению заболеваний? Да / Нет.

5. Болел ли ваш ребенок ОКИ? Да / Нет.

6. При возникновении симптомов обращались ли вы за медицинской  
помощью?  
Да / Нет.

7. Есть ли в детском саду наглядный материал по профилактике ОКИ? Да /  
Нет.

8. Следите ли вы за чистотой рук вашего ребенка? Да / Не всегда.

9. Употребляют ли члены вашей семьи воду для питья из не проверенных  
источников? Да / Нет.

10. Знаете ли вы условия хранения скоропортящиеся продуктов? Да / Нет.

11. Тщательно ли вы следите за сроком годности продуктов, употребляемых  
в вашей семье? Да / Нет.

12. Избегаете ли вы контакта между сырыми и готовыми пищевыми  
продуктами? Да / Нет.

13. Всегда ли вы моете овощи и фрукты перед употреблением? Да / Нет.

## **Памятка по профилактике острых кишечных инфекций**

### **Основные меры по профилактике острых кишечных инфекций:**

1. Необходимо строгое соблюдение личной гигиены, тщательное мытье рук мылом перед едой и после пользования туалетом.
2. Не стоит употреблять для питья воду из открытых источников или продаваемую в розлив на улице. Для питья необходимо использовать только бутилированную и кипяченую воду.
3. Свежие овощи необходимо тщательно мыть и обдавать кипятком.
2. Для питания стоит выбирать продукты, подвергнутые термической обработке, особенно мясо, птица, яйца и морские продукты.
3. Скоропортящиеся продукты необходимо хранить только в условиях холода. Не оставляйте приготовленную пищу при комнатной температуре более чем на 2 часа. Не употребляйте продукты с истекшим сроком реализации и хранившиеся без холода (скоропортящиеся продукты).
4. Сырые продукты необходимо обрабатывать, пользуясь отдельными кухонными приборами и принадлежностями, такими как ножи и разделочные доски. Сырые продукты должны храниться отдельно от готовых.
5. При купании в водоемах и бассейнах не следует допускать попадания воды в рот.
6. При возникновении симптомов острой кишечной инфекции (повышение температуры тела, рвота, расстройство стула, боль в животе) необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью!