Аннотация к методической разработке

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

ТЕОРЕТИЧЕСКОГО И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

«Дизентерия – шигеллез» ПМ. 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях Часть 5. Сестринский уход при нарушениях здоровья в инфекционных болезнях Тема 5.6. Сестринский уход при шигеллезе. Специальность: 34.02.01 Сестринское дело.

Методическая разработка теоретического и практического занятия для преподавателя

«Дизентерия – шигеллез» ПМ. 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях Часть 5. Сестринский уход при нарушениях здоровья в инфекционных болезнях Тема 5.6. Сестринский уход при шигеллезе. Специальность: 34.02.01 Сестринское дело.

Цель создания методической разработки - оказание помощи преподавателям по подготовке и проведению учебного занятия по теме «Дизентерия – шигеллез», эффективному формированию знаний по изучаемой теме и развитию профессиональных компетенций у студентов, воспитанию качеств личности, присущих будущим медицинским работникам, совершенствованию учебных навыков.

Актуальность создания методической разработки вызвана сложностью проблемы, которая является одной из немногих проблем по кишечным инфекциям в здравоохранении не только нашей страны.

Методическая разработка в себя включает:

1. Пояснительную записку

2. Организационно методический блок

3. Хронологическая карта теоретического занятия

4. Информационный блок

5. Блок контроля

6. Приложения

Оригинал работы: Методическая разработка теоретического и практического занятия для преподавателя

«Дизентерия – шигеллез» ПМ. 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях Часть 5. Сестринский уход при нарушениях здоровья в инфекционных болезнях Тема 5.6. Сестринский уход при шигеллезе. Специальность: 34.02.01 Сестринское дело.

Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Республики Башкортостан

Белебеевский медицинский колледж

Методическая разработка теоретического и практического занятия для преподавателя

«Дизентерия – шигеллез»

ПМ. 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Часть 5. Сестринский уход при нарушениях здоровья в инфекционных болезнях

Тема 5.6. Сестринский уход при шигеллезе.

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

|  |
| --- |
| Автор:  Н. М. Гузаева – преподаватель  инфекционных болезней  ГАПОУ РБ Белебеевский  медицинский колледж |

г. Белебей 2017

|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотрено на заседании ЦМК  клинических дисциплин  Протокол №4  «14 февраля» 2017 г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е.В. Гришина | Составлена на основе Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01. Сестринское дело |

Оглавление

# 1. Пояснительная записка

* 1. Список сокращений
  2. Тема, цель создания МР, назначение
  3. Актуальность избранной темы МР
  4. ПК, ОК МДК, краткое содержание МР
  5. Время, отведенное на занятие

1. Организационно методический блок
   1. Название ПК и МДК
   2. Тема, тип занятия и цели занятия (методическая и учебные)
   3. ПК и ОК занятия и планируемые результаты: практический опыт
   4. Знания и умения
   5. Междисциплинарные связи и внутридисциплинарные связи
   6. Место проведения занятия
   7. Оснащение методическое и для самостоятельной работы
2. Хронологическая карта теоретического занятия
   1. Задание на дом
   2. Задание для внеаудиторной самостоятельной работы
3. Информационный блок
   1. Терминология, используемая при изучении темы
   2. План изложения темы и конспект лекции
   3. Методические указания по изложению лекции
4. Блок контроля
   1. Актуализация опорных знаний (теория)
   2. Контроль исходного уровня знаний
   3. Закрепление изученного материала
5. Приложения
   1. Терминологический диктант – мультилог 1 (теория)
   2. Вопросы блиц-опроса (незаконченное предложение) – теория
   3. Терминологический диктант - 2 (закрепление) – теория
   4. Вопросы фронтального опроса (закрепление) – теория
   5. Вопросы к рефлексии - 1 (теория)
   6. Рекомендации по выполнению ВСР
   7. Оценочный лист группы (теория и практика)

1.1 Список сокращений

А/б - антибиотик

АТ - антитела

АД - артериальное давление

ВСР - внеаудиторская самостоятельная работа

ДБ - дизентерия бактериальная

ЖКТ - желудочно- кишечный тракт

ИФА - иммуноферментный анализ

КИЗ - кабинет инфекционных заболеваний

МДК - междисциплинарный курс

МР - методическая разработка

М/С - медицинская сестра

ОК - общие компетенции

ОКИ - острая кишечная инфекция

ООД - основы ориентировочных действий

ПК - профессиональные компетенции

ПМ - профессиональный модуль

ПТИ - пищевая токсикоинфекция

ПЦР - полимеразная цепная реакция

РНГА - реакция непрямой гемагглютинации

СПО - среднее профессиональное образование

ФГОС СПО – федеральный государственный образовательный стандарт

среднего профессионального образования

ЦГСЭН - центральный государственный санитарный эпидемиологический

надзор

ЧДД - число дыхательных движений

ЧСС - число сердечных сокращений

## 1.2. Тема, цель создания МР, ее назначение.

Методическая разработка предназначена для проведения теоретического и практического занятия «Дизентерия – шигеллез». Разработка составлена в соответствии с рабочей программой по профессиональному модулю ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, учебной дисциплины МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, тема: Тема 5.6. Сестринский уход при шигеллезе» по специальности 34.02.01 «Сестринское дело».

Цель создания методической разработки - оказание помощи преподавателям по подготовке и проведению учебного занятия по теме «Дизентерия – шигеллез», эффективному формированию знаний по изучаемой теме и развитию профессиональных компетенций у студентов, воспитанию качеств личности, присущих будущим медицинским работникам, совершенствованию учебных навыков.

1.3. Актуальность избранной темы

Актуальность создания методической разработки вызвана сложностью проблемы, которая является одной из немногих проблем по кишечным инфекциям в здравоохранении не только нашей страны.

Шигеллез регистрируется повсеместно, однако наиболее распространен в развивающихся странах (99% всех зарегистрированных случаев) среди населения с неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями жизни (низкое качество питьевой воды, употребление контаминированных продуктов питания, антисанитарные жилищные условия, обычаи и предрассудки, противоречащие элементарным санитарным нормам, низкий уровень общей и санитарной культуры и медицинского обслуживания населения, отсутствие безопасной утилизации отходов жизнедеятельности и др.). Распространению шигеллеза способствуют миграционные процессы, стихийные бедствия, военные конфликты и пр. Ежегодно в мире регистрируется около 200 млн. случаев заболеваний шигеллезом, из которых 1,1 млн. больных умирает.

Согласно данным ФБУЗ "Федеральный центр гигиены и эпидемиологии" Роспотребнадзора, за последние 12 лет в РФ заболеваемость шигеллезом снизилась в 15 раз: с 80500 случаев в 2002 г. до 6500 случаев в январе-августе 2014 г. (показатель заболеваемости, соответственно: 55,96 и 4,5 на 100 тыс. населения), среди заболевших доля детей возрасте до 14 лет остается практически неизменной и составляет 47-57%.

При проведении учебного занятия, с применением данной методической разработки, используются знания студентов, полученные при изучении следующих дисциплин: «Основы латинского языка с медицинской терминологией», «Анатомия и физиология человека», «Основы патологии», «Гигиена и экология человека», «Основы микробиологии и иммунологии», «Фармакология», «Психология», «Здоровый человек и его окружение», «Основы профилактики», «Основы сестринского дела», «Сестринский уход в терапии».

После изучения темы «Дизентерия – шигеллез», в соответствии с требованиями к результатам освоения программы подготовки специалистов среднего звена, обучающийся должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими основному виду профессиональной деятельности:

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

Материалы методической разработки способствуют реализации выше перечисленных профессиональных компетенций. Кроме того, они призваны способствовать и формированию необходимых общих компетенций:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия. ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Методическая разработка содержит в себя: пояснительную записку, методический блок, информационный блок, блок ООД, блок контроля и приложения.

Организация учебного процесса предполагает использование форм и методов обучения, обеспечивающих развитие мыслительной и познавательной активности обучающихся, овладение учебными и профессиональными навыками, необходимыми для самостоятельной работы, наличие обратной связи с каждым студентом и всей группой.

Количество часов на тему: теория - 2 часа

2.Организационно методический блок

2.1. Название ПМ и МДК

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах. МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях.

Часть 5. Сестринский уход при нарушениях здоровья в инфекционных болезнях. Тема 5.6 Сестринский уход при дизентерии.

Тема занятия: «дизентерия - шигеллез».

Тип занятия: теоретическое (комбинированный урок с программной лекцией-беседой) с использованием элементов проблемного обучения, самостоятельной работы студентов (внеаудиторной и аудиторной).

Формы организации теоретического занятия:

Информационная лекция с опорным конспектированием, и использованием элементов проблемного обучения с приемами визуализации.

Цели занятия:

Методическая цель

– создать (обеспечить) условия для формирования новых теоретических знаний по теме и практических умений на базе теоретических знаний;

- закрепление теоретических знаний;

- развитие и воспитание личности;

- организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.

Учебные цели и задачи:

1. Возбудить интерес, подготовив обучающихся к восприятию материала при помощи клинического примера из личной практики и постановки проблемного вопроса.

2. Дать определение болезни.

3. Дать представление об этиологических и эпидемиологических особенностях шигеллезов.

4. Актуализация знаний путем восстановления в памяти студентов анатомии желудочно-кишечного тракта.

5. Познакомить с клинико-лабораторными признаками болезни.

6. Объяснить причинно-следственные связи в развитии специфических и неспецифических осложнений.

7. Сформировать представление о методах исследования и роли медицинской сестры в соблюдении правил взятия, хранения и транспортировки исследуемого материала в лабораторию.

8. Познакомить с принципами лечения и ухода за пациентом.

9. Раскрыть значение сестринского процесса в уходе за пациентом.

10. Рассмотреть принципы профилактики и противоэпидемических мероприятий в очаге дизентерии.

11. Сформировать у обучающихся способность к самостоятельному выявлению и исправлению своих ошибок на основе самоанализа и рефлексии.

12.Способствовать развитию способности к поиску, умению выделять главное и переносить знания в новые условия.

13. Формировать профессионально значимые качества личности через предмет 14. Формировать общие компетенции:

− ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

− ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

− ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

− ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

− ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством.

− ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

15. Формировать профессиональные компетенции:

− ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

− ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

− ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

− ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

− ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса. − ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

− ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

− ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

2.2. Знания и умения.

Планируемые результаты:

в результате изучения темы обучающийся должен:

Иметь практический опыт:

• осуществления ухода за пациентами с дизентерией

• проведения реабилитационных мероприятий в отношении данных пациентов должен знать:

• этиологию, эпидемиологию и клиническую картину дизентерии

• Понятие о патологоанатомических изменениях в кишечнике.

• Специфические и неспецифические осложнения, причины возникновения, их предупреждение, первую медицинскую помощь при данных осложнениях.

• Основные принципы диагностики и лечения дизентерии и пути введения лекарственных препаратов.

• Профилактику и противоэпидемические мероприятия в очаге.

• Правила использования оборудования, изделий медицинского назначения. Должен уметь:

• Собрать и проанализировать анамнестические данные, выявить причины заболевания.

• Осуществлять сестринский уход за пациентами с нарушением физиологических отправлений (при рвоте, поносе), провести уход за полостью рта и промежностью

• Провести измерение артериального давления (АД), трехчасовую термометрию, подсчет частоты и исследование пульса с вычерчиванием их кривых в температурном листе.

• Готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам.

• Соблюдать правила и технику взятия биоматериала от пациента (кровь на серологию, кал, для выделения дизентерийной палочки) и выписать направление для лабораторного исследования.

• Осуществлять фармакотерапию при дизентерии и выписать рецепт на ципрофлоксацин.

• Консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств.

• Осуществлять паллиативную и оказывать первую медицинскую помощь пациентам при возникновении осложнений.

• Осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара.

• Проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента.

• Проводить санитарно-просветительскую работу по профилактике острых кишечных инфекций.

• Вести утвержденную медицинскую документацию.

2.3. Междисциплинарные связи:

Обеспечивающие дисциплины

1. Основы латинского языка с медицинской терминологией.

2. Анатомия и физиология.

3. Основы патологии.

4. Основы микробиологии и иммунологии.

5. Гигиена и экология человека.

6. Фармакология.

7. Здоровый человек и его окружение.

8. Основы профилактики.

9. Психология.

10.Сестринский уход в терапии.

Обеспечиваемые дисциплины:

1. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях.

2. Основы реабилитации.

3. Основы реаниматологии.

2.4. Внутридисциплинарные связи:

1. Общая патология инфекционных болезней

2. Основы эпидемиологии и дезинфекционного дела.

3. Профилактика инфекционных болезней.

4. Организация прививочного дела.

5. Структура и режим инфекционной больницы.

6. Основные синдромы в клинике инфекционных болезней.

7. Принципы и методы диагностики инфекционных болезней.

8. Принципы и методы лечения, питания и ухода за инфекционными больными.

Место проведения занятия: кабинет на базе колледжа (теоретическое занятие).

2.5. Оснащение занятий:

1. Методическое оснащение лекции
2. Мультимедийное сопровождение (ноутбук, экран, презентация, фото- задачи, видеоматериалы и др.
3. Хронокарта и содержание теоретического занятия

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Название | Время | Деятельность  преподавателя | Деятельность  обучающихся | Цель |
| 1. | Организационный  момент | 2 мин. | Проверяет готовность аудитории, контролирует форму одежды. Отмечает присутствующих. Объявляет тему и определяет цели занятия. | Приветствуют преподавателя, называют отсутствующих записывают тему в тетрадь. | Организовать, мотивировать и дисциплинировать студентов. Создать рабочую обстановку и мобилизовать внимание. Формир-ть благоприятный климат |
| 2. | Актуализация опорных знаний (контроль исходного уровня знаний) | 10 мин. | Инструктирует студентов, выводит на экран или раздает варианты диктанта терминологического (приложение №1) Организует блиц- опрос (приложение2 Отвечают  устно  терминологический диктант  Отвечают на вопросы блиц-опроса в том числе по на основе повторения побудить студентов к активизации мыслительной деятельности с помощью проверки пройденного материала. | Отвечают устно терминологический диктант отвечают на вопросы блиц-опроса и по ходу лекции. Обсуждают результаты. | На основе повторения побудить студентов к активизации мыслительной деятельности с помощью проверки пройденного материала. Реализация ВПС и МПС. Подготовка к практической деятельности |
| 3. | Активизация познавательного процесса | 3 мин. | Сообщает тему, цели, план занятия. Раскрывает важность и актуальность темы путём мотивации студентов к изучению нового материала (используя в предисловии лекции клинический пример из практики и постановку проблемного вопроса) | Записывают в тетради тему и цели занятия. Настраиваются на учебную деятельность по приобретению новых знаний. | Раскрыть теоретическую и практическую значимость темы. Сформулировать конечный результат работы студентов на занятии. Подготовка к восприятию нового материала через формирование познавательного интереса студентов к теме и учебной деятельности (побуждение интереса). |
| 4. | Формирование новых знаний по теме: «Дизентерия - шигеллез». | 50 мин | Объясняет студентам учебный материал, используя элементы беседы и М/МП (презентацию) по вопросам темы (план лекции см. в конспекте информационного блока). | Составляют конспект основных изучаемых терминов и положений, принимают участие в беседе. | Приобретение новых знаний, представлений в соответствии с целями занятия. Развитие зрительной памяти и повышение степени восприятия нового материала посредством активизации внимания |
| 5. | Закрепление изученного материала и контроль эффективности обучения (контроль эффективности усвоения материала) | 15  Мин. | Инструктирует студентов. Организует обсуждение результатов работы, задает вопросы для закрепления знаний студентов посредством терминологического диктанта; фронтального блиц-опроса по ходу изложения и в конце; студентов мотивирует к ответам, задает уточняющие вопросы, вносит коррективные замечания. | Принимают участие в беседе, обсуждают результаты, отвечают на вопросы фронтального блиц-опроса и терминологического диктанта. | Способствовать осмысленному восприятию изученного материала и сознательному его усвоению. Определение уровня усвоения путем проверки знаний методом закрепления пройденного корректировки, в том числе и на практике |
| 6. | Рефлексия | 5 мин | Предлагает студентам обобщить изученный материал проанализировать допущенные ошибки, причины затруднений и успехов, оценить степень достижения целей посредством осуществления рефлексии, используя метод недосказанного предложения (студентам раздаются карточки с рекомендацией закончить фразу) | Обобщают изученный материал, анализируют допущенные ошибки, оценивают индивидуальный уровень достижения целей, причины возникших затруднений и достигнутых успехов с помощью рефлексии. | Формирование у обучающихся способностей к самостоятельному выявлению и исправлению своих ошибок на основе рефлексии коррекционно- контрольного типа. И на основе рефлексии провести самоанализ эффективности полученных знаний |
| 7. | Подведение итогов занятия | 3 мин | Преподаватель подводит итоги занятия, акцентируя внимание студентов на наиболее важных вопросах темы. Оценивает работу группы, отмечая наиболее активных и подготовленных, выставляет отметки и комментирует их. | Внимательно слушают преподавателя, его замечания, оценку за занятие и сверяют с листом оценки. Уточняют вопросы, оставшиеся непонятными | Анализ деятельности группы чрез контроль усвоения студентами материала. Выяснение степени достижения цели. |
| 8. | Задание на дом | 3 мин | Преподаватель объявляет тему следующей лекции: «ПТИ. Сальмонеллез. Ботулизм». Сообщает студентам источники информации и дает четкие рекомендации по подготовке к следующему занятию, акцентируя внимание на главных вопросах, ответив на контрольные вопросы. Дает рекомендации по выполнению ВСР. | Записывают источники информации, стр. и задания по ВСР Записывают в тетрадях тему следующего занятия | Организация управляемой самостоятельной работы студентов на этапе самоподготовки. Стимуляция познавательной деятельности. Сориентировать к подготовке студентов к следующему занятию. Обеспечение добросовестного и осознанного выполнения домашнего задания. |
| Итого | | 90 мин. | | | |

3.1. Задание на дом:

Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: учебник/ А.К. Белоусова, В.Н. Дунайцева; под редакцией Б.В. Кабарухина. – Ростов н/Дону: Феникс, 2016. Стр.70-77.

После изучения учебного материала, опорного конспекта, учебно- методического пособия и ответив на контрольные вопросы:

Вы будете знать:

1. Кто является источником заболевания дизентерией?

2. Механизм и пути заражения дизентерией.

3. Какие системы и органы поражаются при дизентерии?

4. Каковы основные клинические проявления заболевания?

5. Какие возможны осложнения?

7. Какой биологический материал забирается от больного для подтверждения диагноза?

8. В чем суть сестринского процесса при дизентерии?

9. Основные этиотропные средства терапии.

10. В чем заключается диспансерное наблюдение за реконвалесцентами дизентерии?

11. Как проводятся профилактические и противоэпидемические мероприятия в эпидемическом очаге?

Вы сможете:

1. Дать рекомендации пациентам и их родственникам по организации ухода и самоухода, организации реабилитационных мероприятий по предупреждению осложнений и профилактике дизентерии.

2. Составить план беседы по профилактике дизентерии.

3. Заполнить «Экстренное извещение об инфекционном заболевании» при подозрении на шигеллез.

4. Оформить направление в лабораторию для бактериологического исследования кала больного дизентерией.

5. Оказать первую медицинскую помощь при ИТШ.

6. Оказать первую медицинскую помощь при ГВШ.

3.2. Рекомендуемые формы для внеаудиторной самостоятельной работы (ВСР):

1. Подготовка реферативных сообщений: -

«Инфекционно-токсический шок»

«Энтеровирусные заболевания»

2. Работа с дополнительной учебной и методической литературой.

3. Изучение [Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика острых кишечных инфекций»](http://47.rospotrebnadzor.ru/c/document_library/get_file?uuid=fd5089c9-67a1-45d7-b818-1bd459161817&groupId=10156) 16.05.14

4. Оказание первой доврачебной медицинской помощи при специфических осложнениях дизентерии»: - выпадение прямой кишки, кишечное кровотечение, ИТШ, ГВШ.

5. Выписывание рецепта на азитромицин, ципрофлоксацин, поливалентный дизентерийный бактериофаг

6. Электронные презентации, буклеты по формированию здорового образа жизни населения (профилактика ОКИ).

Оценочный лист группы

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Оценочный лист группы № \_\_\_\_\_\_\_\_ Инструкция к оценочному листу: контроль знаний и умений проводится преподавателем на каждом этапе на протяжении всего занятия и фиксируется в оценочном листе группы. | | | | | | | |
| № | ФИО |  |  |  |  |  | Итог |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |

Критерии оценок тестовых заданий

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество баллов | Правильных ответов, % | Неправильных ответов, % |
| 5 (отлично) | 90 - 100 | 10 |
| 4 (хорошо) | 80 - 89 | 11 - 20 |
| 3 (удовлетворительно) | 70 - 79 | 21 - 30 |
| 2 (неудовлетворительно) | < 70 | 31 – 40 и > |

Критерии оценки на теоретический вопрос

(фронтальный опрос)

5 (отлично) – полный четкий правильный ответ согласно пунктам вопроса без наводящих вопросов преподавателя.

4 (хорошо) – полный ответ согласно пунктам вопроса с использованием наводящих вопросов преподавателя, неточности в ответе.

3 (удовлетворительно) – неполный ответ согласно пунктам вопроса даже с использованием наводящих вопросов преподавателя; имеются отдельные ошибки при изложении материала.

2 (неудовлетворительно) – неверный ответ, неумение использовать наводящие вопросы преподавателя; отсутствие знания материала.

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основная:

1. Антонова Т.В., Антонов М.М., Барановская В.П., Лиознов Д.А. «Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ- инфекции и эпидемиологии». – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Белоусова А.К., Дунайцева В.Н. «СД при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии». - Ростов н/Д: Феникс, 2014.

Дополнительная:

1. Белоусова А.К., Сербина Л.А. «Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля». Ростов н/Д: Феникс, 2002.
2. Полный справочник фельдшера -М.: Эксмо, 2004 г.

Справочник для средних медицинских работников под ред. Рахмановой А.Г. СПб. Гиппократ, 2001.

1. Титаренко Р.В. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии/ Р.В. Титаренко. – Ростов н/Дону: Феникс, 2009.

Интернет ресурсы:

1. [Клинические рекомендации шигеллез у взрослых - Национальное ...](https://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiCypTEo4zTAhVGYpoKHbPlCc4QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fnnoi.ru%2Fuploads%2Ffiles%2Fprotokoly%2FShigelles_adult.pdf%3FPHPSESSID%3Db4b3a19c8aed62caa9a6b51092987c56&usg=AFQjCNGC9vASZ_MF_lNYoc7ZDQTszxkKjQ&bvm=bv.151426398,d.bGs)

nnoi.ru/uploads/files/protokoly/Shigelles\_adult.pdf?PHPSESSID...

1. [Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика острых кишечных инфекций»](http://47.rospotrebnadzor.ru/c/document_library/get_file?uuid=fd5089c9-67a1-45d7-b818-1bd459161817&groupId=10156) 16.05.14

Список рекомендуемой литературы для преподавателя:

1. Инфекционные болезни: учебник/Аликеева Г.К. и др.; под ред. Н.Д Ющука, Ю.Я. Венгерова – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013.

2. Лобзин Ю.В., Финогеев Ю.П., Новицкий С.Н. Лечение инфекционных больных. - СПб: ООО «Изд-во ФОЛИАНТ», 2003.

3. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни М.: Медицина, 2005.

4. Даниленко О.М. Методическая разработка «Брюшной тиф и паратифы А и Б», Амурский мед. колледж, 2017.

Интернет ресурсы:  
1. [Клинические рекомендации шигеллез у взрослых - Национальное ...](https://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiCypTEo4zTAhVGYpoKHbPlCc4QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fnnoi.ru%2Fuploads%2Ffiles%2Fprotokoly%2FShigelles_adult.pdf%3FPHPSESSID%3Db4b3a19c8aed62caa9a6b51092987c56&usg=AFQjCNGC9vASZ_MF_lNYoc7ZDQTszxkKjQ&bvm=bv.151426398,d.bGs)

nnoi.ru/uploads/files/protokoly/Shigelles\_adult.pdf?PHPSESSID...

1. [Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика острых кишечных инфекций»](http://47.rospotrebnadzor.ru/c/document_library/get_file?uuid=fd5089c9-67a1-45d7-b818-1bd459161817&groupId=10156) 16.05.14

4.Информационный блок

4.1. Терминология, используемая при изучении темы

|  |  |
| --- | --- |
| Термин | Лексическое значение |
| 1. Акроцианоз | (Греч. adynamia бессилие) резкая мышечная слабость, сопровождающаяся значительным уменьшением или полным прекращением двигательной активности |
| 1. Алиментарный путь | Пищевой путь заражения |
| 1. Антропоноз | Заболевание, при котором источником инфекции является человек, больной или носитель |
| 1. Бактериофаг | [вирусы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D1%8B), избирательно поражающие [бактериальные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B8) клетки. |
| 1. Бактерионоситель | носительство человеком возбудителей заразной болезни, нередко при отсутствии признаков заболевания. |
| 1. Бактериологический посев | Выделение возбудителя заболевания путем посева биологического материала на питательные среды |
| 1. Гастрит | Воспаление желудка |
| 1. ЖКТ | Желудочно-кишечный тракт |
| 1. Карантин | Комплекс мероприятий, направленных на ограничение контактов (изоляцию) инфицированного или подозреваемого в инфицированности лица (группы лиц), животного, груза, товара, транспортного средства или населённого пункта на период, в течение которого человек (или животное) может быть источником инфекции для предотвращения распространения инфекции (период максимального срока инкубации) |
| 1. Колоноциты | Клетки слизистой оболочки толстой кишки |
| 1. Копрология | Физическое, химическое, микроскопическое исследование кала |
| 1. Копрокультура | Это культура микробов, полученная из кала (kopro – кал) в ходе микробиологического (бактериологического) обследования |
| 1. Тахикардия | Учащение пульса |
| 1. Транзиторное носительство | Случайное, кратковременное носительство возбудителя болезни |
| 1. Энтерит | Воспаление тонкого кишечника |

4.2. Тема: Дизентерия – шигеллез

План лекции

1. Методическая установка

2. Мотивация и значимость темы для изучения студентами

3. Определение болезни

4. История

5. Этиология

6. Эпидемиология

7. Патогенез и патанатомия.

8. Клиника дизентерии.

8.1. Классификация дизентерии.

8.2. Клиника острой дизентерии.

8.3. Клиника хронической дизентерии.

8.4. Атипичные формы шигеллеза.

9.Осложнения.

10.Диагностика

11. Принципы лечения

12. Сестринский процесс, особенности ухода.

13.Правила выписки из стационара

14.Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге

15.Заключение.

1. Методическая установка

Во время лекции студентам предлагается отмечать на полях тетради непонятные для них вопросы, за тем задать их по окончанию лекции.

1. Мотивация темы

Шигеллез регистрируется повсеместно, однако наиболее распространен в развивающихся странах (99% всех зарегистрированных случаев) среди населения с неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями жизни (низкое качество питьевой воды, употребление контаминированных продуктов питания, антисанитарные жилищные условия, обычаи и предрассудки, противоречащие элементарным санитарным нормам, низкий уровень общей и санитарной культуры и медицинского обслуживания населения, отсутствие безопасной утилизации отходов жизнедеятельности и др.). Распространению шигеллеза способствуют миграционные процессы, стихийные бедствия, военные конфликты и пр. Ежегодно в мире регистрируется около 200 млн. случаев заболеваний шигеллезом, из которых 1,1 млн. больных умирает. Однако, согласно проведенным исследованиям с применением методов математического моделирования, на каждый случай дизентерии, 17 попадающий в поле зрения медицинской службы, приходятся 4 неустановленных случая.

Согласно данным ФБУЗ "Федеральный центр гигиены и эпидемиологии" Роспотребнадзора, за последние 12 лет в РФ заболеваемость шигеллезом снизилась в 15 раз: с 80500 случаев в 2002 г. до 6500 случаев в январе-августе 2014 г. (показатель заболеваемости, соответственно: 55,96 и 4,5 на 100 тыс. населения), среди заболевших доля детей возрасте до 14 лет остается практически неизменной и составляет 47-57%. По данным CDC, в США ежегодно регистрируется от 25 до 30 тыс. случаев шигеллеза с показателем заболеваемости для детей от одного до четырех лет - 27 на 100 тыс. населения, а для лиц старше 20 лет - 2,6 на 100 тыс. населения.

1. Определение болезни

Шигеллез (бактериальная дизентерия, shigellosis, dysenteria) - острое антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода Shigella с фекально- оральным механизмом передачи, характеризующееся симптомами общей интоксикации и преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки.

1. История

Клинические описания болезни впервые приведены в трудах сирийского врача Аретея Каппадокийского (I век до н.э.) под названием «кровавый, или натужный, понос» и в древнерусских рукописях («утроба кровавая», «мыт»).

В медицинской литературе XVII - XIX века подчёркнута склонность заболевания к широкому распространению в виде эпидемий и пандемий. Свойства основных возбудителей дизентерии описаны в конце XIX века (Раевский А.С, 1875; Шантемесс Д., Видаль Ф., 1888; Кубасов П.И., 1889; Григорьев А.В., 1891; Шига К., 1898), позже были открыты и описаны некоторые другие виды возбудителей заболевания.

1. Этиология

Возбудители - грамположительные неподвижные бактерии рода Shigella семейства Enterobacteriaceae. Согласно современной классификации, шигеллы разделены на 4 группы (А, В, С, D) и, соответственно, на 4 вида - S. dysenteriae, Flexneri, S. boydii, S. Sonne. Каждый из видов, кроме шигеллы Зонне, включает несколько сероваров. Среди S. dysenteriae различают 12 самостоятельных сероваров (1 - 12), в том числе Григорьева-Шига (S. dysenteriae 1), Штутцера-Шмитца (S. dysenteriae 2) и Ларджа-Сакса (S. dysenteriae 3-7). Flexneri включает 8 сероваров (1-6, X и Y), в том числе Ньюкасл (Flexneri 6). S. boydii включают 18 сероваров (1 - 18). S. Sonne серологически не дифференцируют. Всего насчитывают около 50 сероваров шигелл. Этиологическая роль разных шигелл неодинакова. Наибольшее значение практически во всех странах имеют шигеллы Зонне и шигеллы Флекснера - возбудители так называемых больших нозологических форм.

Возбудителей бактериальной дизентерии различают по ферментативной активности, патогенности и вирулентности. Все шигеллы хорошо растут на дифференциально-диагностических средах; температурный оптимум 37 °С, бактерии Зонне могут размножаться при 10-15 °С.

Шигеллы не очень устойчивы вне организма человека. Вирулентность бактерий достаточно вариабельна. Вирулентность шигелл Флекснера, особенно подсеровара 2а, довольно высока. Шигеллы Зонне наименее вирулентны. Их отличает большая ферментативная активность, неприхотливость к составу питательных сред. Они интенсивно размножаются в молоке и молочных продуктах. При этом время их сохранения превышает сроки реализации продуктов. Выраженный дефицит вирулентности у шигелл Зонне полностью компенсируют их высокая биохимическая активность и скорость размножения в инфицированном субстрате. Для накопления дозы S. Sonne, инфицирующей взрослых лиц, в молоке при комнатной температуре требуется от 8 до 24 ч. В жаркое время года эти сроки минимальны: для накопления дозы бактерий, достаточной для заражения детей, требуется всего 1-3 ч. В процессе размножения шигелл Зонне в контаминированных продуктах накапливается термостабильный эндотоксин, способный вызывать тяжёлые поражения при отрицательных результатах бактериологического исследования инфицированных пищевых продуктов. S. Sonne также отличает высокая антагонистическая активность по отношению к сапрофитной и молочнокислой микрофлоре.

Важная особенность шигелл Зонне - их устойчивость к антибактериальным лекарственным средствам. Вне организма устойчивость шигелл разных видов неодинакова. Шигеллы Зонне и Флекснера могут длительно сохраняться в воде. При нагревании шигеллы быстро погибают: при 60 °С - в течение 10 мин, при кипячении - мгновенно. Наименее устойчивы Flexneri. В последние годы часто выделяют терморезистентные (способные выживать при 59 °С) штаммы шигелл Зонне и Флекснера. Дезинфектанты в обычных концентрациях действуют на шигеллы губительно.

1. Эпидемиология

Резервуар и источник инфекции *-*человек (больной острой или хронической формой дизентерии, носитель, реконвалесцент носитель).

*Что такое антропоноз? (Заболевание при котором источником инфекции является только человек больной или носитель).*

Наибольшую опасность представляют больные с лёгкой и стёртой формами дизентерии, особенно лица определённых профессий (работающие в пищевой промышленности и приравненные к ним лица). Из организма человека шигеллы начинают выделяться при первых симптомах болезни; продолжительность выделения - 7- 10 дней плюс период реконвалесценции (в среднем 2-3 нед). Иногда выделение бактерий затягивается до нескольких недель или месяцев. Склонность к хронизации инфекционного процесса в наибольшей степени свойственна дизентерии Флекснера, в наименьшей - дизентерии Зонне.

Механизм передачи инфекции- фекально-оральный.

 Пути передачи

- водный,

- пищевой

- контактно-бытовой**.**

При дизентерии Григорьева-Шига основным путём передачи бывает контактно-бытовой, обеспечивающий передачу высоковирулентных возбудителей.

При дизентерии Флекснера главный путь передачи – вода.

При дизентерии Зонне - пища. Бактерии Зонне обладают биологическими преимуществами перед другими видами шигелл. Уступая им по вирулентности, они более устойчивы во внешней среде, при благоприятных условиях могут даже размножаться в молоке и молочных продуктах, что повышает их опасность. Преимущественное действие тех или иных факторов и путей передачи определяет этиологическую структуру заболевания дизентерией. В свою очередь наличие или преобладание разных путей передачи зависит от социальной среды, условий жизни населения. Ареал дизентерии Флекснера в основном соответствует территориям, где население до сих пор употребляет эпидемиологически небезопасную воду.

Естественная восприимчивость людейвысокая. Постинфекционный иммунитет нестойкий, видоспецифичный и типоспецифичный, возможны повторные заболевания, особенно при дизентерии Зонне.

*Что такое иммунитет? (невосприимчивость человека к какому-то инфекционному заболеванию).*

Иммунитет населения не служит фактором, регулирующим развитие эпидемического процесса. Вместе с тем показано, что после дизентерии Флекснера формируется постинфекционный иммунитет, способный предохранять от повторного заболевания в течение нескольких лет.

Основные эпидемиологические признаки*.*

Бактериальную дизентерию (шигеллёзы) относят к повсеместно распространённым болезням. Составляя основную часть так называемых острых кишечных инфекций (или диарейных болезней, по терминологии ВОЗ), шигеллёзы представляют серьёзную проблему здравоохранения, особенно в развивающихся странах. Широкое распространение кишечных инфекций в развивающихся странах обусловливает нищенский уровень существования людей в антисанитарных жилищных условиях, обычаи и предрассудки, противоречащие элементарным санитарным нормам, недоброкачественное водоснабжение, неполноценное питание на фоне крайне низкого уровня общей и санитарной культуры и медицинского обслуживания населения. Распространению кишечных инфекций способствуют также конфликтные ситуации разного рода, миграционные процессы и стихийные бедствия. Развитие эпидемического процесса дизентерии определяется активностью механизма передачи возбудителей инфекции, интенсивность которого прямо зависит от социальных (уровня санитарно-коммунального благоустройства населённых пунктов и санитарной культуры населения) и **природно-климатических условий.** В рамках единого фекально-орального механизма передачи активность отдельных путей (водного, бытового и пищевого) при разных видах шигеллёзов различна.

Согласно разработанной В.И. Покровским и Ю.П. Солодовниковым (1980) теории этиологической избирательности главных (основных) путей передачи шигеллёзов, распространение дизентерии Григорьева-Шига осуществляется главным образом контактно-бытовым путём, дизентерии Флекснера - водным, дизентерии Зонне - пищевым. С позиции теории соответствия, главными становятся пути передачи, обеспечивающие не только широкое распространение, но и сохранение соответствующего возбудителя в природе как вида. Прекращение активности главного пути передачи обеспечивает затухание эпидемического процесса, неспособного постоянно поддерживаться только активностью дополнительных путей.

Сезонность – теплое время года.

Дизентерией чаще болеют дети.

Горожане болеют в 2-3 раза чаще сельских жителей. Для дизентерии характерна летне-осенняя сезонность заболевания. Природный (температурный) фактор опосредует своё воздействие через социальный.

1. Патогенез и патанатомия.

В патогенезе шигеллёзной инфекции выделяют две фазы: тонкокишечную и толстокишечную. Их выраженность проявляется клиническими особенностями вариантов течения заболевания. При заражении шигеллы преодолевают неспецифические факторы защиты ротовой полости и кислотный барьер желудка, затем прикрепляются к энтероцитам в тонкой кишке, секретируя энтеротоксины и цитотоксины. При гибели шигелл происходит выделение эндотоксина (липополисахаридного комплекса), абсорбция которого вызывает развитие синдрома интоксикации.

*Что такое эндотоксин? (биологические вещества которые выделяются при гибели микроорганизмов).*

В толстой кишке взаимодействие шигелл со слизистой оболочкой проходит несколько стадий:

1. инвазию возбудителей в эпителиальные клетки и подслизистый слой.
2. Активное размножение шигелл в клетках кишечника; выделяющийся ими гемолизин обеспечивает развитие воспалительного процесса.
3. При гибели возбудителей выделяется эндотоксин. Шигеллы Григорьева – Шига выделяет – экзотоксин.

*Что такое экзотоксин? (биологические вещества которые продуцирует микроорганизм при жизни).*

1. Под действием токсинов шигелл в толстой кишке развивается острое катаральное или фибринозно-некротическое воспаление с возможным образованием эрозий и язв.
2. Дизентерия постоянно протекает с явлениями дисбиоза (дисбактериоза), предшествующего или сопутствующего развитию заболевания.

Токсины шигелл обладают выраженным энтеротропным действием и приводят в первую очередь к местным нарушениям со стороны толстой кишки: - действует на нервный аппарат кишки рефлекторно изменяет крово- и лимфообращение в ней;

- действует на мейснеровские и ауэрбаховские сплетения, что приводит к появлению спазма кишки, болевого синдрома, учащенного стула.

Общее действие токсина заключается в:

- развитии интоксикационного синдрома, крайне степенью выраженности которого является развитие инфекционно-токсического шока;

- поражение ЦНС, что приводит к возникновению очагов возбуждения в центрах вегетативной иннервации в ганглиях брюшной полости и сегментах спинного мозга:

- угнетении симпатоадреналовой системы, развитии ваготонии, для которой свойственны гипотония вплоть до коллапса, и учащение дефекации;

- блокировании клеточного дыхания, окислительного фосфорилирования, нарушении углеводного, белкового, жирового обмена.

Морфологические изменения в толстой кишке сохраняются от 1 до 3 месяцев, реже - до 6 месяцев, и зависят от тяжести, длительности и характера болезни.

1. Катаральный колит – гиперемия и набухание слизистой толстой кишки, с наложением слизи. Наряду с участками измененной слизистой оболочки встречаются зоны без отчетливо видимых изменений. В просвете кишки содержатся полужидкие и кашицеобразные массы с большим количеством слизи и прожилками крови.
2. Катарально-геморрагический колит - гиперемия, отек слизистой кишки с участками кровоизлияний, неровности слизистой в виде "отпечатков больших пальцев".
3. Катарально-эрозивный колит – гиперемия, отек, мелкие эрозии в вершинах складок, мутная гнойная слизь, легкая контактная кровоточивость.
4. Фибринозный колит – выраженный диффузный отек и гиперемия слизистой оболочки с пленчатыми наложениями (или в виде нежных хлопьев, легко отделяющихся от поверхности кишки (крупозное воспаление), либо более плотных шероховатых серых или серо-бурых с желтоватым или зеленоватым оттенком пленок, часто замещающих значительные участки слизистой оболочки, плотно фиксированных к стенке кишки (дифтеритическое воспаление, дифтеритический колит). На фоне резко выраженного полнокровия в сосудах кишки обнаруживаются свежие тромбы. При тяжелом течении возможно развитие фибринозно-некротического, фибринозно-язвенного и флегмонозно-некротического колита.
5. Эрозивно-язвенный колит - выраженная гиперплазия солитарных фолликулов, с некрозом и гнойным расплавлением, дефекты слизистой оболочки кишки в виде эрозий и язв. Заживление язв происходит медленно.
6. Клиника дизентерии.

8.1.Классификация дизентерии.

По типу:

* Типичные.
* Атипичные:

1. стертая;
2. бессимптомная;
3. транзиторное бактерионосительство.

По тяжести:

* Легкая форма.
* Среднетяжелая форма.
* Тяжелая форма (с преобладанием симптомов токсикоза; с преобладанием местных нарушений).

По течению:

А. По длительности:

* Острое (до 1 мес).

Клинические варианты:

1. колитический,
2. гастороэнтероколитический,
3. гастроэнтеритический.

* Затяжное (до 3 мес).
* Хроническое (свыше 3 мес):

1. непрерывное;
2. рецидивирующее;
3. длительное бактериовыделение при нормальном стуле.

Б. По характеру:

* + Гладкое.
  + Негладкое:

1. с осложнениями;
2. с обострениями и рецидивами;
3. с наслоением вторичной инфекции; с обострением хронических заболеваний.

8.2. Клиника острой дизентерии.

Колитический вариант является типичным (классическим) проявлением шигеллеза.

Инкубационный период – от 1 до 7 дней (чаще 2-5 дней).

Продромальный период не характерен или проявляется легким ознобом, чувством дискомфорта в животе, головной болью.

*Что такое манифестная форма заболевания? (Инфекционное заболевание, при котором все симптомы характерные для данной инфекции налицо).*

Разгар болезни: острое начало, озноб, чувство жара, схваткообразные боли внизу живота или слева, в подвздошной области, иногда боли разлитого характера. Одновременно с болью – позывы на дефекацию, после дефекации кратковременное снижение интенсивности болей. Испражнения сначала калового характера, затем объем их уменьшается до объема «ректального плевка», появляется слизь, затем кровь (в виде кровяных точек или прожилок). Появляются тенезмы (тянущая судорожная боль в ректальной области), ложные позывы на дефекацию (бесплодные позывы).

При манифестных формах шигеллеза наблюдается учащение стула от 3-5 раз до 10 раз с легким течением, до 20-30 раз в сутки и более при тяжелом течении шигеллеза. Дефекация, как правило, не приносит облегчения. Несмотря на многократность стула количество каловых масс, выделяемых больными за сутки, невелико и редко превышает 0,5-1 л. В первые часы стул довольно обильный, каловый, полужидкий или жидкий, часто слизистый. При его учащении испражнения теряют каловый характер. Стул состоит из густой, прозрачной слизи, к которой в дальнейшем присоединяются примесь крови, а позже и гноя («ректальный плевок»). Испражнения могут приобрести вид мясных помоев, в котором взвешены «саговые» комочки слизи. Явления гемоколита наблюдаются у 70- 75% больных.

При дизентерии нарушаются функции всех отделов пищеварительного тракта. Угнетается слюноотделение, что обусловливает сухость во рту. Изменяется секреция желудочного сока - у большинства больных определяется пониженная кислотность до ахлоргидрии, падает протеолитическая активность желудочного содержимого, извращается моторика желудка. Нарушаются функции тонкого отдела кишечника, его моторика, секреция, страдают мембранный гидролиз и резорбция.

При пальпации органов брюшной полости определяется спазмированная, тонически напряженная толстая кишка, в более легких случаях лишь ее дистальный отдел - сигмовидная кишка. Последняя пальпируется в виде плотного инфильтрированного, малоподвижного, резко болезненного шнура. Часто пальпация усиливает спазм мышц кишечника и провоцирует позывы к дефекации

Интоксикация – лихорадка, повышение температуры тела от 370С до максимальных цифр (38-40 С), держится на этом уровне от нескольких часов до 2-5 дней, снижается обычно по типу ускоренного лизиса, головная боль, слабость, апатия, анорексия, систолический шум, приглушенность тонов сердца, снижение АД, экстрасистолия. В самых тяжелых случаях может развиться инфекционно-токсический шок. Длительность течения неосложненного шигеллеза не превышает 5-10 дней.

Для нейротоксикоза, опережающего кишечную дисфункцию, характерны энцефалитический, менингеальный, менингоэнцефалитический и гипертермический (злокачественная гипертермия) синдромы.

Колитический вариант с легким течением болезни: изменения в гемограмме незначительны. При ректороманоскопии можно обнаружить катаральный или катарально- геморрагический проктосигмоидит и сфинктерит.

Колитический вариант со средней тяжестью течения: в гемограмме ускорение СОЭ, умеренным лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз. При ректороманоскопии выявляется катарально-эрозивный проктосигмоидит.

При тяжелом течении колитического варианта дизентерии в крови выявляется лейкоцитоз или лейкопения со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и токсической зернистостью в лейкоцитах. Иногда в случаях тяжелого течения появляются незначительная протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия.

При тяжелом течении дизентерии Флекснера обнаруживают фибринозно-некротическое, фибринозно-язвенное и флегмонозно-некротическое поражение слизистой оболочки толстой кишки.

В периоде реконвалесценции происходят полное восстановление нарушенных функций органов и систем и освобождение организма от возбудителя. Однако, как показывают прижизненные морфологические исследования, анатомическое «выздоровление» задерживается и отстает от клинического на 2-3 недели. Поздняя госпитализация, неадекватная терапия, неблагоприятный преморбидный фон могут привести к переходу болезни в хроническую форму и чаще к развитию так называемых постдизентерийных состояний. Они проявляются функциональными нарушениями секреции, резорбции и моторики желудочно-кишечного тракта, астенией. В зависимости от тяжести и характера течения дизентерийного процесса клиническая картина может быть различной.

Гастроэнтероколитический, гастроэнтеритический варианты имеют черты ПТИ с коротким инкубационным периодом, бурным началом болезни. Основными синдромами в начале заболевания является гастроэнтерит, признаки дегидратации и интоксикации. В дальнейшем начинают доминировать симптомы энтероколита. Клинические проявления колита менее выражены.

Затяжное течение наблюдается при любом варианте шигеллезного процесса и встречается у 0,2-0,5% больных. Заболевание характеризуется сохранением симптомов обнаружением шигелл в кале более 2-ух недель при легкой форме болезни, более 3-х недель - при среднетяжелой и более 4-х недель, но менее 3-х месяцев - при тяжелой форме болезни. Возможны периодические ремиссии. Иногда затяжное течение проявляется длительным (1,5-3 мес) бактериовыделением с сохраняющимся затяжным поражением толстой кишки. Затяжные формы острого шигеллеза, вызванного S. Flexneri 2а, сопровождается, как правило, общим истощением со снижением иммунобиологической реактивности и тяжелым фибринозно-гнойным свей толстой кишки и дистального отдела тонкой кишки. Присоединение вторичной инфекции, в том числе, анаэробной, сопровождается гектической лихорадкой и глубокими язвами в кишке. Прогностическим признаком затяжного течения шигеллеза является отсутствие или слабо выраженная иммуноморфологическая реакция в слизистой оболочке кишки при гистологическом и гистохимическом исследовании ее биоптата в разгар болезни.

8.3.Клиника хронической дизентерии.

Хронический шигеллез протекает в виде непрерывного или рецидивирующего течения более 3-х месяцев с периодами обострения (рецидивы) или виде вялотекущего, без выраженной интоксикации процесса. При ректороманоскопии выявляются не резко выраженные воспалительные и атрофические процессы. Развивается редко - после острого шигеллеза Флекснера в 2-5 % случаев, дизентерии Зонне - в 1 % случаев.

Клинические проявления шигеллеза зависят от ряда факторов: вида возбудителя, возраста больного, сопутствующих заболеваний. Обычно хронический шигеллез длится не более 1,5 - 2 лет.

При непрерывной форме хронического шигеллеза практически отсутствует ремиссия, патологический процесс неуклонно прогрессирует, состояние больного ухудшается. Симптомы общей интоксикации слабо выражены, в большей степени страдает нервно- психическая сфера (раздражительность, легкая возбудимость, плохой сон, потливость, лабильность вегетативных реакций и др.). Больные жалуются на озноб, субфебрилитет, дисфункцию кишечника, боли, вздутие и урчание в животе. Поносы отличаются упорством, стул до 5-6 раз в сутки, то жидкий, то оформленный, иногда с примесью слизи, гноя, реже - крови. Часто развивается дисбактериоз кишечника, анемия, гиповитаминоз. При ректороманоскопии обнаруживают полиморфные изменения слизистой оболочки толстой кишки, усиливающиеся во время обострений. Тотально в патологический процесс вовлекаются другие органы желудочно-кишечного тракта (желудок, тонкая кишка, поджелудочная железа.

При рецидивирующем течении хронического шигеллеза обострения чередуются с периодами ремиссии, которые продолжаются от нескольких недель до 2-3 месяцев, иногда дольше. В период рецидива явления интоксикации и дисфункции кишечника выражены не так резко, как в остром периоде шигеллеза. Самочувствие больных существенно не нарушается, температура тела обычно нормальная, редко субфебрильная. Частота стула обычно не превышает 3-5 раз в сутки, кровь в испражнениях, как правило. отсутствует. В межрецидивный период состояние больных удовлетворительное. Стул может быть неустойчивым, особенно после приема обильной пищи, употребления молока, овощей, фруктов и физических нагрузок. При бессимптомном течении хронического шигеллеза только при ректороманоскопии выявляются признаки хронического процесса в виде субатрофии слизистой. полипы, язвы, рубцы, эрозии, грануляции, рубцы и др.

8.4. Атипичные формы шигеллеза.

*Что такое атипичная форма заболевания? (инфекция при которой в клинической картине отсутствует какой – либо симптом, характерный для заболевания).*

Стертое течение шигеллеза регистрируется примерно в 10% случаев и характеризуется легким течением без типичного для шигеллеза симптомокомплекса. Колит кратковременный и слабо выражен. Встречается как при типичном, так и при атипичном варианте болезни. больные чувствуют себя удовлетворительно, за медицинской помощью практически не обращаются. Испражнения полужидкие, без слизи и крови, не более 3-4 раз в день. Боли в животе незначительные и сохраняются в течение 1-2 дней. Температура тела нормальная, реже - субфебрильная. При пальпации живота отмечается болезненность, возможно, спазм нисходящего отдела толстой кишки. Диагноз чаще ставится на основании результата бактериологического исследования кала.

Субклиническое течение встречается относительно редко. Клинические симптомы болезни отсутствуют. Диагностируют, как правило, при обследовании по эпидпоказаниям. В испражнениях больного обнаруживают шигеллы, при копрологическом исследовании - повышенное количество лейкоцитов и слизи. При серологическом исследовании - динамика тира специфических антител. При ректороманоскопии изменения практически не выявляются, однако при исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки обнаруживают характерные для шигеллеза морфологические изменения.

Бактерионосительство представляет собой одну из форм инфекционного процесса, протекающего субклинически. Характерным отличием бактерионосительства от всех форм острой и хронической дизентерии является обнаружение шигелл в кале при отсутствии какой-либо дисфункции кишечника в период обследования и в течение предшествовавших ему 5-6 недель, максимум 3 месяца. Диагноз бактерионосительства может быть поставлен на основании однократного выделения шигелл из кала пациента при отсутствии каких-либо клинических проявлений болезни, патологических изменений слизистой оболочки толстой кишки, отрицательных результатах иммунологического (РНГА) обследования в динамике и контрольного

бактериологического исследования кала. При шигеллезе Зонне регистрируется в 24-25% случаев, шигеллезе Флекснера – в 6-7%.

9.Осложнения.

Наиболее высок риск развития осложнений у больных дизентерией, вызванной S. Dysenteriae. Однако прослеживается отчетливая тенденция к увеличению тяжелых форм дизентерии Флекснера.

К числу наиболее тяжелых осложнений относятся:

• инфекционно-токсический шок и смешанный шок (ИТШ + дегидратационный);

• прободение язв кишечника с развитием перитонита (от ограниченных серозно- фибринозных до разлитых гнойных форм), кишечным кровотечением; энцефалитический синдром (синдром фатальной энцефалопатии или синдром Ekiri), который преимущественно развивается у детей и иммунокомпрометированных пациентов при дизентерии, обусловленной S. Sonne, S. Flexneri;

• острая надпочечниковая недостаточность;

• бактериемия (выявляющаяся при дизентерии S. dysenteriae 1 в 8% случаев и крайне редко — при инфицировании другими видами шигелл у детей до года, ослабленных, истощенных и иммунокомпрометированных пациентов);

* гемолитико-уремический синдром (развивающийся через неделю от начала заболевания и характеризующийся микроангиопатической гемолитической анемией, тромбоцитопенией и острой почечной недостаточностью);

• острая сердечно-сосудистая недостаточность (при тяжелом течении);

• миокардит и тромбоэндокардит;

• отек легких и отек-набухание головного мозга;

• тромбоэмболия мелких и средних ветвей легочной артерии;

• сегментарный тромбоз верхней брыжеечной артерии.

Поражение кишечника при шигеллезе может осложниться

* кишечным кровотечением,
* геморрагическим пропитыванием стенки подвздошной кишки,
* токсической дилатацией толстой кишки,
* парезом,
* непроходимостью и инвагинацией кишечника,
* пролапсом прямой кишки,
* образованием кишечных или кишечно-пузырных свищей,
* гангреной стенки кишки,
* периколитом, пери- и парапроктитом,
* трещинами анального сфинктера,
* рубцовым стенозированием кишки и др.

Могут развиваться осложнения, связанные с активизацией вторичной микрофлоры (пневмонии, отиты, восходящая инфекция мочевыводящих путей, абсцессы печени и др.).

К числу редких, но вероятных осложнений, относятся реактивный артрит и синдром Рейтера (около 2% заболевших, экспрессирующих HLA20).

В последние годы обсуждается возможная роль шигеллеза в формировании синдрома раздраженного кишечника.

10.Диагностика

Диагностика шигеллеза производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и лабораторных методов обследования и направлена на определение нозологической и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению. Необходимо выявить в анамнезе факторы, которые препятствуют немедленному началу лечения или требуют коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний или иных факторов.

Такими факторами могут быть:

- наличие устойчивости возбудителя болезни к применяемым средствам лечения;

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;

- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением; - угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;

- отказ от лечения.

Лабораторная диагностика

Общие лабораторные методы исследования:

1. Общий анализ крови – умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз, умеренное ускорение СОЭ.

2. Общий анализ мочи – при тяжелом течении: незначительная протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия.

3. Биохимический анализ крови – повышение амилазы, мочевины, электролитные нарушения (гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия).

4. КЩС крови.

Инструментальные методы исследования

1. Ректороманоскопия

2. Колонофиброскопия

3. Эзофагогастродуоденоскопия

4. УЗИ органов брюшной полости

5. Рентгенологические методы исследования.

6. ЭКГ.

Специальные методы исследования

1.Бактериологическое исследование кала, промывных вод желудка, рвотных масс (в ранние сроки болезни, до начала этиотропной терапии).

*Цель бактериологического исследования? (Выделение возбудителя заболевания и определение его чувствительности к лекарственным препаратам).*

2. Выделение гемокультуры (при шигеллезе Григорьева-Шига).

3. Экспресс-диагностика (РЛА, ИФА, ПЦР, РКоА, РИФ, РАГА и др.).

4. Серологические методы исследования (РПГА, РНГА, ИФА).

*Для чего применяются серологические методы исследования? (Для выявления антител в сыворотки крови).*

5. Копрологическое исследование (вспомогательный метод) позволяет обнаружить повышенное содержание нейтрофилов, эритроциты и слизь в мазке.

6. Кал на простейшие и яйца гельминтов (для дифференциальной диагностики).

Подтверждение клинического диагноза шигеллеза осуществляется преимущественно бактериологическим методом. Посев испражнений производится в возможно более ранние сроки от начала заболевания до начала этиотропной терапии на питательные среды Плоскирева, Левина.

Для посева используют свежевыделенные фекалии, в которых наибольшее количество возбудителя сосредоточено в слизистогнойных комочках. Предварительный результат на 2 день, окончательный – на 4-5 день. Получение отрицательного результата не является основанием для снятия клинического диагноза, так как высев шигеллы высеваются в 20-90% случаев и зависит от сроков обследования, правила забора материала, квалификации врача-бактериолога, правильности выбора сред и др.

Наиболее часто шигеллы удается высеять в первые три дня от начала болезни и прямом посеве фекалий у постели больного.

При необходимости определяют чувствительность к антибиотикам. Методы экспресс-диагностики позволяют обнаружить антигены шигелл и их токсины в слюне, моче, копрофильтрате и крови. Чувствительность - 89,7%, диагностическая информативность - 94,1%.

Серологические методы используются для диагностики шигеллеза при отрицательных результатах бактериологического исследования и для эпидобследований. Не используются для ранней диагностики. Позволяют обнаружить специфические антитела в крови больного (суммарные или IgM, G к различным видам Shigella). Диагностическим достоверным показателем является 4-х и более кратная динамика (повышение или снижение) тира специфических антител в крови больного при исследовании в парных сыворотках (первая проба крови забирается у больного на 6-8 день болезни, вторая - через 10 дней после первой).

Однократное серологическое исследование крови больных не имеет диагностического значения, т.к. не позволяет дифференцировать острый процесс от других форм течения шигеллеза.

11. Принципы лечения дизентерии.

Общие подходы к лечению больных шигеллезом.

Лечение больных дизентерией может осуществляться не только в условиях специализированного инфекционного отделения, но и амбулаторно, что определяется клиническими и эпидемиологическими показаниями. Госпитализации в инфекционные отделения медицинских учреждений или инфекционные стационары подлежат лица:

• относящие к группе риска (младенцы, взрослые старше 50 лет и др.);

• переносящие заболевание в среднетяжелой и тяжелой форме;

• при развитии осложнений болезни;

• с затяжным и хроническим течением шигеллеза в периоды обострения и страдающие тяжелыми сопутствующими заболеваниями;

• декретированных групп (работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные);

• при угрозе распространения инфекции по месту жительства больного. Для оказания медицинской помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных шигеллезом предусматривают решение следующих задач:

• купирование острых приступов болезни;

• профилактика обострений, ближайших рецидивов и остаточных явлений;

• долечивание остаточных явлений шигеллеза;

• профилактика отдаленных рецидивов.

На выбор тактики лечения оказывают влияние факторы:

- период болезни;

- тяжесть состояния;

- возраст больного;

- наличие и характер осложнений;

- доступность и возможность выполнения тактики лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

Лечение больных острой дизентерией должно быть комплексным и проводиться в нескольких направлениях:

- охранительный режим;

- тщательный гигиенический уход со стороны медицинского персонала за больными, находящимися в тяжелом состоянии;

- лечебное питание;

- воздействие на возбудителя;

- дезинтоксикация и восстановление гомеостаза;

- ликвидация структурно-функциональных изменений желудочно-кишечного тракта.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;

- средства патогенетической терапии;

- средства симптоматической терапии.

Учитывая характер поражения слизистой кишки, пациенты с дизентерией, особенно в острый период болезни, нуждаются в строгом соблюдении лечебного питания. Больным назначают щадящую диету (ЩВД). Из рациона полностью исключают продукты и блюда, оказывающие механическое и химическое раздражение желудочно-кишечного тракта (молоко, консервы, копчености, острые и пряные блюда, сырые овощи и фрукты). Пища должна приниматься дробно, 4–6 раз в сутки.

Общие принципы этиотропной терапии шигеллеза

• этиотропное лечение больных следует назначать после установления клинического (клинико-эпидемиологического) диагноза;

• антибактериальная терапия проводится с учетом чувствительности возбудителя к антимикробным препаратам;

• выбор антимикробного препарата и схема его применения у больных шигеллезом определяются вариантом и тяжестью течения болезни.

• при гастроэнтеритическом варианте шигеллеза антимикробная терапия не показана;

• больным гастроэнтероколитической формой дизентерии назначение этиотропных препаратов не обязательно, если в клинической картине болезни преобладают синдромы гастрита и энтерита.

• комбинированная антибактериальная терапия применяется только для лечения больных с тяжелым течением шигеллеза (фторхинолоны и аминогликозиды; цефалоспорины и аминогликозиды);

• лечение больных хронической дизентерией должно быть комплексным, этапным. Тактика лечения строится в зависимости от срока заболевания и от вовлечения в процесс других органов и систем желудочно-кишечного тракта.

• длительность курса антибактериальной терапии при среднетяжелой форме шигеллеза, как правило, в пределах 5 дней, тяжелой - 5-7 дней.

Режим - постельный, при легком - палатный.

• Назначение адекватного питания в зависимости от клинических проявлений:

ЩВД.

• Промывание желудка водой или 0,5% раствором натрия гидрокарбоната через желудочный зонд (при гастроэнтеритическом варианте шигеллеза).

• Этиотропная терапия.

*Для чего проводится этиотропная терапия? (Для уничтожения возбудителя заболевания).*

- легкое течение: фуразолидон по 0,1 4 раза в сутки, нифуроксазид 0,2 4 раза в сутки;

- среднетяжелое течение: офлоксацин 0,2-0,4 г 2 раза в сутки; ципрофлоксацин 0,25 – 0,5 2 раза в сутки);

Бактериофаг дизентерийный, внутрь, за 1–2 ч до еды, с первого дня болезни в течение 5–7 дней по 2 таблетки 4 раза в день или 30-40 мл 3 раза в день.

При дизентерии, характеризующейся слабо выраженным колическим синдромом, и в период выздоровления рекомендуется одновременно с оральным приемом вводить бактериофаг в клизмах.

- тяжелое течение: ципрофлоксацин по 0,5 2 раза в сутки в комбинации

с гентамицином по 0,25 2 раза в сутки, в/м;

фторхинолоны в комбинации с цефалоспоринами II или III поколения.

Для лечения дизентерии Григорьева-Шига применяется ампициллин по 1,0-1,5 г 4 раза в сутки, внутримышечно в сочетании с налидиксовой кислотой по 1,0 4 раза в сутки, 5-7 дней.

•Патогенетическая терапия:

*Для чего проводится патогенетическая терапия? (Для восстановления нарушенных функций организма).*

1. Регидратация:

- при легкой форме назначают пероральное применение глюкозо- солевых растворов (Декстроза+ Калия хлорид+ Натрия хлорид+ Натрия цитрат (регидрон); ОРС второго поколения и др.).

- При среднетяжелом и тяжелом течении применяют в/в введение солевых полиионных растворов с учетом степени обезвоживания и массы тела больного (квартасоль, ацесоль, хлосоль, трисоль, дисоль), скорость введения зависит от степени обезвоживания.

При преобладании симптомов интоксикации проводится дезинтоксикационная терапия (изотонический раствор, декстроза и др.). С цель дезинтоксикации можно применять полиионные солевые растворы.

В острый период целесообразно назначать энтеросорбенты, обладающие противовоспалительным и мембраностабилизирующим действием на слизистую кишечника, связывают и выводят токсины из желудочно-кишечного тракта (лигнин гидролизный (полифепан) по 1 столовой ложке 3 раза в день, поливинилпирролидон низкомолекулярный медицинский по 5 г три раза в день, уголь активированный 15-20 г три раза в сутки, кремния диоксид коллоидный (полисорб МП), смектит диоктаэдрический (смекта) и др.).

Противодиарейные препараты биологического происхождения, регулирующие равновесие кишечной микрофлоры (бифидумбактерин и др. по 1-2 капсулы два раза в сутки).

После купирования интоксикационного синдрома показаны препараты, нормализующие процессы пищеварения и всасывания (панкреатин по 0,5 г 2-3 раза в сутки).

Спазмолитики назначают для купирования спазма толстой кишки (дротаверин по 0,04 г т3 раза в день, папаверин).

Коррекцию микробиоценоза кишечника следует проводить только в периоде реконвалесценции, когда купирована острая воспалительная реакция (бифидумбактерин, бифидумбактерии бифидум+кишечные палочки (бификол), кишечные палочки (колибактерин), лактобактерин ацидофильные и др.) в течение 3-4 недель.

Лечение больных хроническим шигеллезом должно быть комплексным, этапным. Тактика лечения должна строиться в зависимости от срока заболевания и от вовлечения в процесс других органов и систем желудочно-кишечного тракта. В ранние сроки болезни, когда в периоде обострения сохраняются черты острого шигеллеза, терапия мало чем отличается от лечения острой дизентерии, но с обязательным усилением патогенетической терапии (лечебное питание, применение пищеварительных ферментов, препаратов, обладающих эубиотическим действием, стимулирующих репаративные процессы, вяжущих противовоспалительных средств и физиотерапевтических процедур). Необходимо строгое 45 соблюдение режима питания как в период обострения, так и в межрецидивный период. За основу должен быть взят стол 4 лечебного питания, откорректированный с учетом сопутствующих заболеваний, а также индивидуальной непереносимости отдельных продуктов. Обязательно должно проводиться лечение сопутствующих заболеваний (глистных инвазий, холецистита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрита, хронического панкреатита и др.). Основное внимание должно уделяться устранению выявленных функционально-морфологических изменений со стороны органов пищеварения (дисбактериоз, нарушение кислотообразующей функции желудка, воспалительные процессы и т.д.).

12.Сестринский процесс. Особенности ухода

*Основные этапы сестринского процесса? (Сестринское обследование*

* *На данном этапе медицинская сестра собирает и оформляет данные о пациенте.*
* *Установление нарушенных потребностей пациента (Сестринский диагноз) ...*
* *Планирование сестринского ухода ...*
* *Реализация плана сестринских диагнозов ...*
* *Оценка эффективности и коррекция).*

Сестринский процесс при лечении дизентерии имеет крайне важное значение, поскольку госпитализации в инфекционное отделение подлежат все случаи острой дизентерии, а кроме того, в зависимости от тяжести течения госпитализируются и больные с хроническими формами заболевания, в связи с опасностью обезвоживания и соответственно формирования инфекционно-токсического шока.

   При госпитализации, больным должен быть обеспечен постельный режим, иногда в течение шести-семи дней от начала заболевания, в некоторых случаях постельный режим может быть продлен.

  Основные требования к диете таких пациентов состоят в обеспечении их механически и химически щадящей кишечник пищей с ограничением жиров и углеводов. Пища должна быть легкоусвояемой и полужидкой. При расстройствах глотания больных кормят через зонд или назначают питательные клизмы.

  Регулярно получаемое лечение с обеспечением на сестринском этапе максимально профессиональных процедур, включающих медикаментозное лечение с введением лекарств внутривенно-капельным путем, проведение таких процедур, как лечебные клизмы и т.д. – залог выздоровления. Уход за тяжелыми пациентами, осуществляемый сестринским персоналом также является важным звеном помощи, без которого не может обойтись лечебный процесс.

  Правильный уход за инфекционными больными не только облегчает их физическое и моральное состояние, но и способствует более быстрому выздоровлению, восстановлению сил и трудоспособности. Именно правильный уход наряду с лечением дают возможность не только вылечить, но порой и спасти жизнь пациента, даже тех, кто казался безнадежными.

 Несомненно, важное значение имеет и систематическое наблюдение за пациентами, осуществляемое сестринским персоналом, особенно это касается тяжелых больных, изменение состояния которых может наступить внезапно. В некоторых случаях необходима организация отдельного поста у кровати такого пациента, что позволяет вести круглосуточный мониторинг состояния.

  У тяжелых больных ежедневно делаются, обтирания влажным полотенцем, периодически меняется постельное и нательное белье. Обязательно решаются вопросы с профилактикой такого серьезного осложнения как пролежни. Для этого проводится целый комплекс мероприятий, включающий обработку проблемных участков, использование специальных резиновых кругов и даже современных антипролежных матрасов. Своевременно начатая профилактика пролежней у тяжелого больного позволяет не допустить этого осложнения, которое может значительно ухудшить состояние пациента, способствовать появлению дополнительных ворот для инфекции и значительно увеличивать сроки выздоровления.

Важно проведение сестринским персоналом и мероприятий, для предотвращения формирования у лежачих пациентов застойных пневмоний, а для этого требуется частая перемена положения тела пациента, проведение дыхательной гимнастики. Контроль за состоянием желудочно-кишечного тракта у больных дизентерией также забота сестринского персонала. Сюда относится обработка полости рта у тяжелых пациентов. Пациентам с дизентерией необходимо обеспечить индивидуальные судна. Многие лечебные и диагностические процедуры, проводимые врачом у постели больного, также требуют присутствия медицинской сестры.

Таким образом, следует помнить, что не только правильное лечение, но и заботливый, умелый уход за больным являются решающими факторами выздоровления инфекционных больных, в том числе и дизентерией. Эти же меры служат и профилактике внутрибольничных инфекций.

Независимые вмешательства:

• измерение температуры тела, АД, определение частоты и характера пульса, осмотр стула и мочи;

• контроль за соблюдением пациентом постельного режима;

• организация питания;

• постоянное наблюдение за состоянием больного;

• организация текущей дезинфекции; • организация лечебно-охранительного режима;

• посещения пациента родственниками исключаются, соблюдение ими санитарно-противоэпидемического режима;

• поддержание уверенности в благополучном исходе заболевания и полном выздоровлении.

Зависимые вмешательства

– прием лекарств, внутримышечные и внутривенные инъекции,

- забор материала для общеклинических, биохимических, бактериологических и серологических исследований,

- подготовка больного к обследованию инструментальными методами.

13.Правила выписки из стационара

Перенесшие шигеллез без бактериологического подтверждения выписываются из стационара не ранее, чем через 3 дня после клинического выздоровления, нормализации температуры тела и стула;

• Перенесшие шигеллез, подтвержденный бактериологически, выписываются после клинического выздоровления, нормализации температуры и стула и после отрицательного контрольного бактериологического обследования кала на шигеллы, проведенного не ранее, чем через 2 суток после окончания этиотропного лечения.

• Все работники питания и приравненные к ним выписываются из стационара после клинического выздоровления, нормализации температуры и стула и после двукратного отрицательного бактериологического обследования кала на шигеллы. В случае положительного результата бактериологического обследования курс лечения повторяют.

• При затяжных формах дизентерии с длительным бактериовыделением и при хронической дизентерии выписка производится после стихания обострения, исчезновения токсикоза, стойкой, в течение 10 дней, нормализации стула и отрицательного результата бактериологического обследования.

Диспансерным наблюдением за переболевшими дизентерией охватывают: 1. Переболевших с бактериологически подтвержденным диагнозом шигеллеза в течение 4-6 недель.

2. Лиц, имеющих непосредственное отношение к производству, хранению, транспортировке и реализации продуктов питания и к ним приравненные, переболевших дизентерией с установленным видом возбудителя; военнослужащих и бактерионосителей – наблюдение в течение 3 месяцев.

3. Лиц, с хронической дизентерией, бактериологически подтвержденной, или лиц с длительно неустойчивым стулом, которые относятся к работникам пищевых предприятий и лицам к ним приравненным, наблюдают в течение 6 месяцев.

Частота обязательных контрольных обследований врачом-инфекционистом КИЗ - ежемесячно

Перечень и периодичность лабораторных и других специальных исследований - осмотр кала ежемесячно;

- микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов ежемесячно;

- бактериологическое исследование кала ежемесячно;

- исследование желудочной секреции - по показаниям.

В процессе диспансеризации во время контрольных ежемесячных осмотров обращают внимание на самочувствие больного (общая слабость, повышенная утомляемость, нарушения аппетита, наличие явлений дискомфорта или болей в животе), характер стула (оформленный или неоформленный, наличие в кале примесей крови, слизи), частоту дефекаций, состояние органов брюшной полости и, особенно, кишечника (болезненность или чувствительность, утолщение или спазм по ходу отдельных его участков), состояние печени и селезенки.

Особого внимания заслуживают реконвалесценты, перенесшие тяжелые и среднетяжелые формы шигеллеза, у которых нередко отмечаются симптомы астении, вегетативной дистонии, нейровегетативные расстройства кишечника. Полное выздоровление у таких реконвалесцентов может затягиваться до 2-3 мес после болезни. В этих случаях необходима активная диспансеризация с проведением комплекса лечебно- оздоровительных мероприятий. Показаны общеукрепляющие и седативные препараты, а также физические методы лечения (хвойные ванны, электрофорез с введением ионов брома, кальция, новокаина и др. медикаментов, гемотерапия и пр.) и лечебная физкультура.

Всем реконвалесцентам категорически запрещается употребление любых спиртных напитков, включая пиво, а также прием жирной и острой пищи, по крайней мере, в течение ближайших 4-6 нед.

14.Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

Профилактика дизентерии, как и при всех инфекциях делится на специфическую и неспецифическую.

Рекомендуемых ВОЗ вакцин, эффективных для предотвращения шигеллезной инфекции нет. Несколько вакцин-кандидатов, в основном, против S. Flexneri, в настоящее время находятся в разработке.

В РФ разработана специфическая профилактика дизентерии Зонне - вакцина дизентерийная «Шигеллвак» полисахаридная из штамма S. Sonne,

- показана взрослым, выезжающим в районы с высоким порогом заболеваемости шигеллезом Зонне;

- работающим в сфере коммунального благоустройства и общественного питания и работникам бактериологических лабораторий и инфекционных стационаров.

По эпидемическим показаниям может быть проведена массовая иммунизация населения при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии.

Прививки производят однократно.

Вакцину вводят глубоко подкожно или внутримышечно в наружную поверхность верхней трети плеча. Прививочная доза составляет 0, 5 мл (50 мкг) для всех возрастов.

Ревакцинацию проводят при необходимости ежегодно однократно той же дозой препарата.

Вскрытие ампул и процедуру введения препарата осуществляют при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. Препарат из вскрытой ампулы должен быть использован немедленно.

Проведенную прививку регистрируют в установленных учетных формах с указанием наименования препарата, даты прививки, дозы, предприятия - изготовителя, номера серии и реакции на прививку. Вакцинацию можно проводить в один день с другими профилактическими прививками инактивированными препаратами или с интервалом после последней прививки не менее 1 месяца. Реакции на введение вакцины развиваются редко и расцениваются как слабые. Они могут проявляться в течение первых суток после иммунизации в виде покраснения, болезненности в месте введения препарата, а также повышения температуры (менее 37. 6 °С в 3-5 % случаев в течение 24-48 час), головной болью.

Срок годности три года. Препарат с истекшим сроком годности применению не подлежит. Хранение по СП 3. 3. 2. 028-95 при температуре от 2 до 8 °С. Транспортирование производится всеми видами крытого транспорта при температуре от 2 до 25 °С. Допускается транспортирование при 35 °С не более 14 суток. Вакцину ШИГЕЛЛВАК следует хранить в местах, не доступных для детей.

Профилактические прививки против дизентерии Зонне предпочтительно проводить перед сезонным подъемом этой инфекции. Иммунитет видоспецифический и сохраняется 1 год.

Специфическая профилактика в виде экстренной может быть проведена поливалентным дизентерийным бактериофагом по 1 – 2 таб. 1 раз в день.

Мероприятия в очаге:

1. Выявление и изоляция больного
2. Экстренное извещение (ф58/у) в ЦГСЭН
3. Текущая или заключительная дезинфекция

*На что направлена заключительная дезинфекция? (На ликвидацию очага инфекции).*

1. Карантин на контактных на 7 дней
2. Медицинское наблюдение устанавливается на 7 дней с момента изоляции источника инфекции (термометрия, осмотр стула, пальпация кишечника; по показаниям - посев кала).
3. При выявлении больного дизентерией в организованном коллективе, контактные с ним лица подвергаются контрольному бактериологическому исследованию.
4. Санпросвет работа.

15.Заключение.

Прослушав лекцию по теме «Дизентерия – шигеллез», вы теперь знаете этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину, принципы лечения этого заболевания. Вспомнили ПМ 01 – профилактический модуль: какие мероприятия проводятся в очаге по отношению к больному, контактным.

Повторили виды профилактики. Медицинская сестра может своевременно предупредить возможные осложнения и способствовать профилактике распространения дизентерии в обществе. Помните, от ваших знаний и умений, вашей добросовестности и ответственности зависит не только благоприятный исход заболевания, но и жизнь пациента.

5.Блок контроля.

Приложение №1

5.1. Актуализация опорных знаний.

Цель данного этапа: выявление базового уровня общих знаний студентов и знаний по смежным дисциплинам.

Терминологический диктант - мультилог (блиц-опрос)

|  |  |
| --- | --- |
| Термин | Лексическое значение |
| Гастрит |  |
| Энтерит |  |
| Колит |  |
| Диарея |  |
| Парентерально |  |
| Рецидив |  |
| Ремиссия |  |
| Реконвалесцент |  |

Эталоны ответов Терминологический диктант (теория)

|  |  |
| --- | --- |
| Термин | Лексическое значение |
| Гастрит | Воспаление желудка |
| Энтерит | Воспаление тонкой кишки |
| Колит | Воспаление толстой кишки |
| Диарея | Понос |
| Парентерально | Минуя ЖКТ (в/м, в/в, п/к) |
| Рецидив | Возврат заболевания |
| Ремиссия | Стихание клинической картины |
| Реконвалесцент | Больной в стадии выздоровления |

Приложение №2

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ

Актуализация опорных знаний: (блиц-опрос с использованием приема незаконченного предложения)

Цель данного этапа: выявление базового уровня общих знаний студентов и знаний по ВПС и смежным дисциплинам (вопросы можно задавать по ходу лекции и в конце)

Задание: прочитав фразу вам следует закончить незаконченное предложение.

1. Антропонозное заболевание – это заболевание, при котором источником инфекции может быть… человек, больной или бактерионоситель.
2. Фактор передачи –… предметы через которые можно заразиться.
3. Этиология изучает причину заболевания, конкретно… возбудителя болезни и его свойства.
4. Диспепсический синдром подразумевает у пациента …тошноту, рвоту, диарею.
5. Интоксикация при КИ…повышение температуры, тошнота, рвота, головная боль.
6. Бактериологический метод …метод выделения возбудителя путем посева биологического материала на питательные среды.
7. Патогенетическая терапия…направлена на восстановление нарушенных функций организма.
8. Дезинфекция направлена …на прерывание путей передачи инфекции.
9. Вакцина иммунобиологический препарат, применяемый для создания…активного искусственного иммунитета.

Приложение №3

Контроль исходного уровня знаний

|  |  |
| --- | --- |
| Терминологический диктант №2.  (теория – закрепления) | |
| Шигеллез | Дизентерия |
| Тахикардия | Увеличение частоты сердечных сокращений |
| Олигурия | Уменьшение количества выделяемой мочи |
| Тенезмы | Болезненные ложные позывы к дефекации при почти полном отсутствии кала |
| Колит | Воспаление толстой кишки |
| Колоноскопия | Эндоскопический диагностический метод исследования толстого кишечника |
| Диспансеризация реконвалесцентов | Активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья в амбулаторных условиях. |

Приложение №4

Закрепление материала (теоретическое занятие)

Фронтальный опрос

1.Кто является источником инфекции при дизентерии?

2. Назовите механизм заражения дизентерией.

3. Какие системы и органы поражаются при шигеллезе?

4. Какие изменения характерны со стороны ЖКТ?

5. Какой характер стула при дизентерии?

6. Чем характеризуется тахикардия?

7. Назовите особенности течения хронической дизентерии.

9. Какие возможны жизнеугрожающие осложнения?

10.Основные симптомы дизентерии.

11.Какой биологический материал забирается от больного для подтверждения диагноза?

13. Назовите основные этиотропные средства терапии.

14. Разработана ли специфическая профилактика дизентерии?

15. В каких случаях может применяться поливалентный дизентерийный бактериофаг?

Приложение №5

Рефлексия (теория)

Раздаются карточки с рекомендацией провести самоанализ эффективности полученных знаний и заданием закончить фразу:

1. Мне понравилось при освоении данной темы…

2. Я сделала сегодня следующее открытие…

3. У меня вызвало интерес…

4. У меня вызвали затруднения следующие аспекты изученной сегодня темы…

5. Мне не совсем понятны следующие вопросы изученной темы…

6. Мне захотелось пополнить знания по…

7. Для расширения знаний по данной теме необходимо…

8. Я сегодня понял, что…

Приложение №6

Рекомендации по выполнению внеаудиторной самостоятельной работы

1. Прежде чем приступить к выполнению задания, изучите, заданный на дом теоретический материал в опорном конспекте, учебнике; используйте дополнительную литературу.

2. Составьте план вашего сообщения, при необходимости, посоветуйтесь с преподавателем. Подготовьте текст и оформите работу.

3. Защита работы проводится на следующем занятии.

Инструкция № 1 - при подготовке выступления:

1. Оцените, насколько актуальна и важна выбранная тема.

2. Подберите необходимую литературу по выбранной теме (учебники, монографии, пособия, интернет - ресурсы).

3. Составьте план, по которому будет раскрыта тема.

4. Оцените, смогли ли Вы раскрыть тему?

5. Оформите свою работу в виде мультимедийной презентации или на бумажном носителе в соответствии с образцом (стандартом) – смотри инструкцию

№ 2. Инструкция № 2 - при оформлении работы следует помнить, что в работе должны быть:

1. Титульный лист

2. Наличие плана работы

3. Соответствие темы

4. Наличие списка используемой литературы

5. Наличие иллюстраций.