

**ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский
университет
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО**

«

ЛЕКЦИЯ

по учебной дисциплине

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

для студентов 3 курса направления подготовки сестринское дело

Тема «КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ»

Лекция «**КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ**»

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело при инфекционных заболеваниях»:

Разработаны:

зав. кафедры пропедевтики детских
болезней с курсом дополнительного
профессионального образования,
д.м.н., профессор

Безроднова С.М.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, зав. кафедрой, д.м.н.,
профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном
процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело
2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования

Шिशалова Т.Н.

Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело при
инфекционных заболеваниях» размещен в ЭИОС университета в авторской
редакции

Учебные и воспитательные цели:

Время 3 минуты.

Учебное и материальное обеспечение:

Место проведения – лекционный зал кафедры пропедевтики детских болезней с курсом ДПО.

Распределение времени лекции:

Вступительная часть 5 мин.

Учебные вопросы лекции:

1. Эпидемиологические закономерности кишечных инфекций. Инвазивные, секреторные и осмотические диареи 20 мин.
2. Основные клинические синдромы кишечных инфекций 30 мин.
3. Принципы лечения и профилактики 30 мин

Заключение 3 мин.

Задание студентам для самостоятельной работы 2 мин.

Содержание лекции:**Введение.**

Острые кишечные инфекции (ОКИ) - это большая группа инфекционных заболеваний человека с энтеральным (фекально-оральным)

механизмом заражения, вызываемых патогенными (шигеллы, сальмонеллы и др.) и условно-патогенными бактериями (протей, клебсиеллы, клостридии и др.), вирусами (рота-, астро-, калици-, группы Норфолка и др.) и простейшими (амеба гистолитика, криптоспоридии, балантидия коли и др.).

Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным инфекциям. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд. «диарейных» заболеваний и около 5 млн. детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений.

Учебные вопросы

1. Этиология, эпидемиология, классификация кишечных инфекций

В настоящее время принято классифицировать кишечные инфекции по этиологическому фактору, подтвержденному на основании лабораторных методов диагностики, что позволяет выявлять нозологические формы ОКИ (шигеллез, сальмонеллез). В отсутствие лабораторного подтверждения, диагноз верифицируется по топической локализации патологического процесса (гастрит, энтерит, гастроэнтерит, колит). В этом случае диагноз ОКИ устанавливается на основании клинико-эпидемиологических данных, как «кишечная инфекция неустановленной этиологии» с обязательным указанием (как и при лабораторном подтверждении) топики поражения ЖКТ (энтерит, колит) и ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть заболевания (токсикоз с эксикозом, нейротоксикоз, инфекционно-токсический шок).

Для построения рациональной, этиопатогенетически обоснованной терапии ОКИ в начальном периоде заболевания (до получения результатов лабораторных исследований), рекомендуется использовать классификацию диарейных заболеваний ВОЗ, усовершенствованную, дополненную и адаптированную для практического врача.

Клиническая классификация предусматривает разделение всех ОКИ

на группы по «пусковому» механизму и патогенезу развития диареи и инфекционного процесса на «инвазивные», «секреторные», «осмотические» и смешанные. В основе этиопатогенеза и пускового механизма диареи и инфекционного процесса при ОКИ бактериальной этиологии «инвазивного» типа лежит воспалительный процесс в эпителиоцитах любого отдела ЖКТ и эндотоксикоз (токсемия). При «секреторных» кишечных инфекциях (ЭТКП, ЭПКП, холера) возникновение диарейного синдрома связано с активацией АЦ клеточных мембран с гиперсекрецией воды, электролитов и дегидратация. «Осмотические» диареи развиваются вследствие нарушения функции ферментативных систем энтероцитов, расщепляющих углеводы - дисахаридазная (в основном, лактазная) недостаточность, бродильный процесс (метеоризм) и дегидратация за счет нарушения всасывания воды и электролитов в кишечнике. «Смешанный» тип диареи имеет место, как правило, при микст-инфекции (бактериально- или вирусно-бактериальной).

1. Клиническая картина кишечных инфекций

Кишечные инфекции клинически проявляются следующими синдромами:

- интоксикации (острого инфекционного токсикоза),
- обезвоживания (дегидратации, эксикоза),
- лихорадки
- гастроинтестинальным (гастрит, энтерит, гастроэнтерит, энтероколит, колит).

«Гастрит» - поражение желудка, сопровождающееся болями и ощущением тяжести в эпигастральной области, тошнотой и повторной рвотой на фоне умеренной лихорадки и интоксикации. Возможно кратковременное разжижение стула со зловонным запахом.

«Энтерит» - поражение тонкого отдела кишечника, проявляется не локализованными (или вокруг пупка), постоянными или периодически повторяющимися, самостоятельными или при пальпации болями в животе; явлениями метеоризма (при «осмотическом» типе диареи или наслоении

«осмотического» компонента при «инвазивном» типе); жидким обильным, водянистым, нередко - пенистым стулом с неперевавленными комочками пищи, желтого или желто-зеленого цвета с резким кислым запахом и небольшим количеством прозрачной слизи (комочков или хлопьев).

«Гастроэнтерит» - сочетание гастрита с энтеритом, наиболее часто встречающееся при ОКИ вирусной этиологии (рота-, астро-, калици- и другой вирусной этиологии), эшерихиозах, сальмонеллезе.

«Колит» - воспалительное поражение толстого отдела кишечника только при ОКИ «инвазивного» типа, сопровождающееся самостоятельными (или при пальпации), постоянными (или периодически повторяющимися) болями по ходу толстого кишечника и жидким, не обильным, каловым стулом с неприятным запахом и патологическими примесями (мутная слизь, зелень, кровь).

«Дистальный колит» — вовлечение в патологический процесс сигмовидной и прямой кишки. Клинический синдром, характерный главным образом для шигеллезов, проявляется самостоятельными (или при пальпации) болями в левой подвздошной области. Боли могут носить постоянный характер, но усиливаются или возникают только перед актом дефекации (тенезмы), живот втянутый, «ладьевидный». Сигмовидная кишка при пальпации болезненная и спазмирована, имеют место явления сфинктерита, податливость или зияние ануса. Стул жидкий, частый, скудный, с большим количеством мутной слизи, нередко - зелени и крови («гемоколит»). При тяжелых формах стул, как правило, теряет каловый характер, запах и может представлять собой «ректальный плевок» в виде мутной слизи с примесью зелени и крови.

Шигеллезы (Shigellosis) — инфекционные заболевания человека, вызываемые бактериями рода шигелл, с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующиеся развитием острого инфекционного токсикоза и преимущественным поражением слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки. **Этиология.** Возбудители шигеллезов относятся к семейству

Enterobacteriaceae, роду *Shigella*.

Шигеллы обладают инвазивностью (проникновение и размножение в эпителиальных клетках слизистой оболочки толстой кишки) и колициногенностью, а также продуцируют вещества токсического характера и ферменты.

Эпидемиология. Шигеллез - типичная антропонозная инфекция. *Источником инфекции* являются больные острым или хроническим шигеллезом, а также бактериовыделители. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные легкими, стертыми и бессимптомными формами заболевания.

Механизм передачи — фекально-оральный. Ведущие *пути передачи*: пищевой, водный, контактно-бытовой.

—*Заболееваемость*. Шигеллезы имеют повсеместное распространение и занимают значительное место среди диарейных заболеваний в странах Африки, Азии и Латинской Америки.

Клиническая картина. *Типичная форма* бактериальной дизентерии.

Инкубационный период колеблется от нескольких часов до 7 дней (чаще составляет 2-3 дня).

Начальный период. Начало острое с максимальным нарастанием всех симптомов в течение 1-2 суток.

Период разгара. В клинической картине шигеллеза ведущими являются синдром интоксикации и колитический синдром (дистального колита). У заболевших наблюдается повышение температуры тела в течение 2—3 дней, однократная или повторная рвота, головная боль. Боли в животе преимущественно локализуются в левой подвздошной области, на 2—3 день болезни количество каловых масс резко уменьшается, увеличивается содержание крови, нередко испражнения теряют каловый характер, становятся слизисто-кровянистыми в виде «ректального плевка».

В клинической картине шигеллеза отмечается параллелизм между степенью интоксикации и выраженностью колитического синдрома.

В *периоде реконвалесценции* состояние больных улучшается, появляется аппетит, снижается температура тела, стул становится реже. В дальнейшем происходит полное восстановление нарушенных функций органов и систем, освобождение организма от возбудителя.

Диагностика. *Опорно-диагностические признаки шигеллеза:*

- характерный эпиданамнез;
- острое начало;
- синдром интоксикации;
- синдром дистального колита;
- параллелизм между тяжестью интоксикации и выраженностью дистального колита.

Лабораторная диагностика. Бактериологический метод имеет наибольшее значение. Предварительный результат исследования может быть получен на 2-й день, окончательный — на 4—5-й день.

Копроцитограмма является вспомогательным методом лабораторной диагностики.¹ Экспресс-методы диагностики являются информативными и высокоспецифичными: иммунофлюоресцентный, иммуно-ферментный анализ, реакцию угольной агломерации, реакцию связывания комплемента, реакцию коаггутинации, полимеразную цепную реакцию, реакцию латекс-агглютинации. Все они обладают высокой чувствительностью (89,7%) и диагностической информативностью (94,1%).

Используется серологический метод (РА и РИГА).

4. Основные принципы и программа лечения ОКИ

Диета

- Регидратационная терапия
- Ферментотерапия
- Симптоматическая терапия
- Этиотропная терапия
- Синдромальная терапия
- Наблюдение и контроль

Заключение

Наблюдение и контроль

- > ограничения в диете накладываются до стойкой нормализации частоты и характера стула, затем - набор запрещенных продуктов постепенно расширяется;
- > симптоматическая терапия проводится до купирования симптомов, синдромальная - до ликвидации жизнеугрожающего состояния;
- > продолжительность курса этиотропной терапии определяется динамикой заболевания, при наличии клинического эффекта рекомендуются курсы лечения от 3—5 до 7 дней;
- > при повторном высеве возбудителя ОКИ по окончании анти-бактериальной терапии - назначаются специфические бактериофаги (шигеллезный, сальмонеллезный и др.), пробиотики и иммунотерапия;
- > при наличии неустойчивого характера стула после курса анти-биотико- или химиотерапии - показано назначение пробиотиков или лечебно-профилактических продуктов питания с бифидо- или лактобактериями для коррекции дисбиотических изменений в микрофлоре кишечника;
- > в день обращения больного за медицинской помощью и по окончании этиотропной терапии (через 1-2 дня) проводится бактериологическое исследование кала на кишечную группу;
- > выписка из стационара осуществляется при клиническом выздоровлении, а допуск в детские дошкольные учреждения, в том числе и организованные коллективы (ясли-сад, дом ребенка и др.) - при отрицательных результатах исследования кала на кишечную группу патогенных бактерий;
- > после выписки из стационара ребенок подлежит диспансерному наблюдению и должен соблюдать диету в течение одного месяца.

Задания студентам для самостоятельной работы:

1. Показания к госпитализации.

2. Мероприятия в очагах.
3. Особенности ухода за больным холерой.
4. Правила забора материала, сроки забора и доставки в лабораторию.
5. Экспресс методы диагностики. Профилактика.

Литература:

Инфекционные болезни у детей: Учеб. пособие / Под ред. Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкина. 1990.

Лекции по инфекционным болезням / Под ред. Н.Д. Ющука и А.Д. Царегородцева. М.: ВУНМЦ, 1996. 499 с.

Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. М.: Медицина, 1985. 296 с.

Комплексная терапия острых кишечных инфекций у детей в поликлинических условиях: Методические рекомендации/ Горелов А.В., Милютина Л.Н., Воротынцева Н.В., Каншина О.А.- М., 1999.

Проведение пероральной регидратации детям с острыми кишечными заболеваниями: Методические указания/ Воротынцева Н.В., Малеев В.В., Милютина Л.Н. и др.- М., 1988.

Фаготерапия и фагопрофилактика острых кишечных инфекций у детей: Методические рекомендации/ Воротынцева Н.В., Солодовников Ю.П., Милютина Л.Н. и др. М., 1991.