



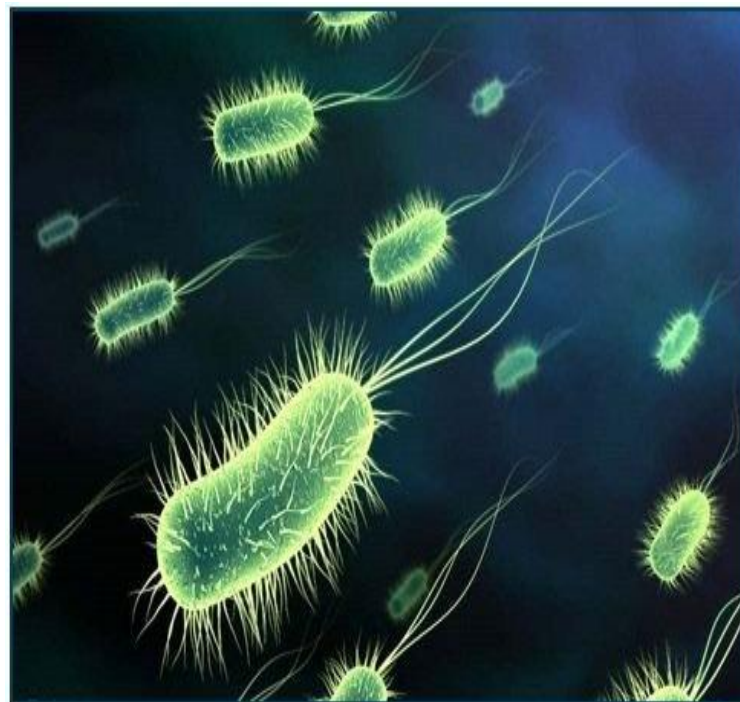
Сальмонеллез — острое зоонозноантропонозное бактериальное инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и интоксикацией, протекающими чаще всего в виде гастроинтестинальных, реже генерализованных форм.

- В рижском детсаду более 60 детей заболели сальмонеллезом
- Массовое отравление на корпоративной вечеринке в Подмосковье: более 70 человек заболели сальмонеллезом
- В ресторане Улан-Батора отравились 570 посетителей
- В Вологде из детского сада госпитализированы 26 детей с подозрением на сальмонеллез

Этиология

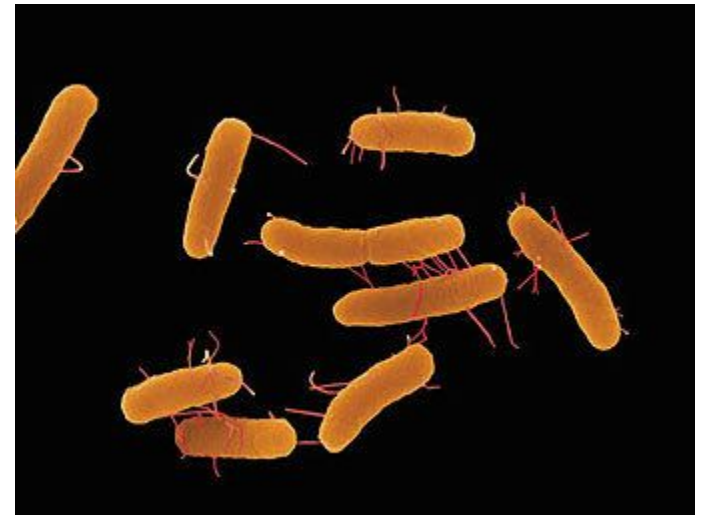
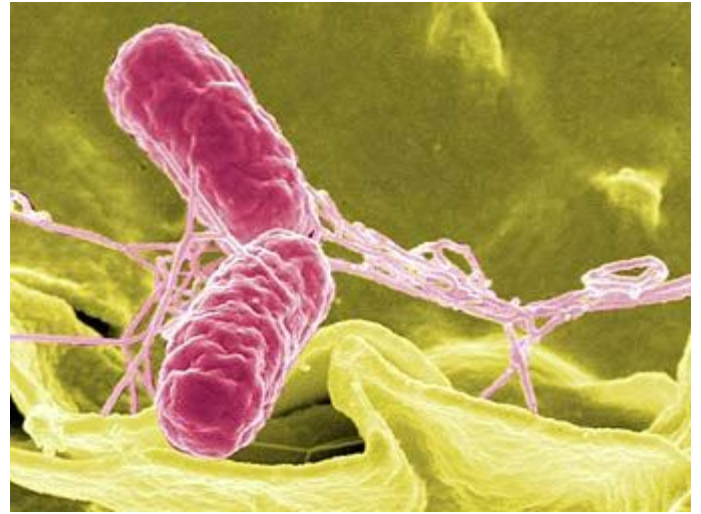
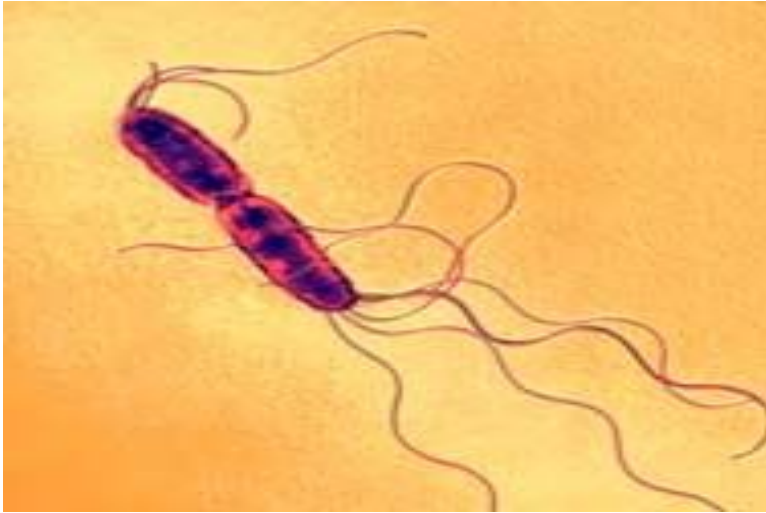
2000 серотипов, в нашей стране заболевания у людей вызывают около 500 серотипов сальмонелл

- ▣ S. ENTERITSDIS
- ▣ S. TYPHIMURIUM
- ▣ S. PANAMA
- ▣ S. INFANTIS
- ▣ S. NEWPORT
- ▣ S. AGONA
- ▣ S. DERBI
- ▣ S. ANATUM

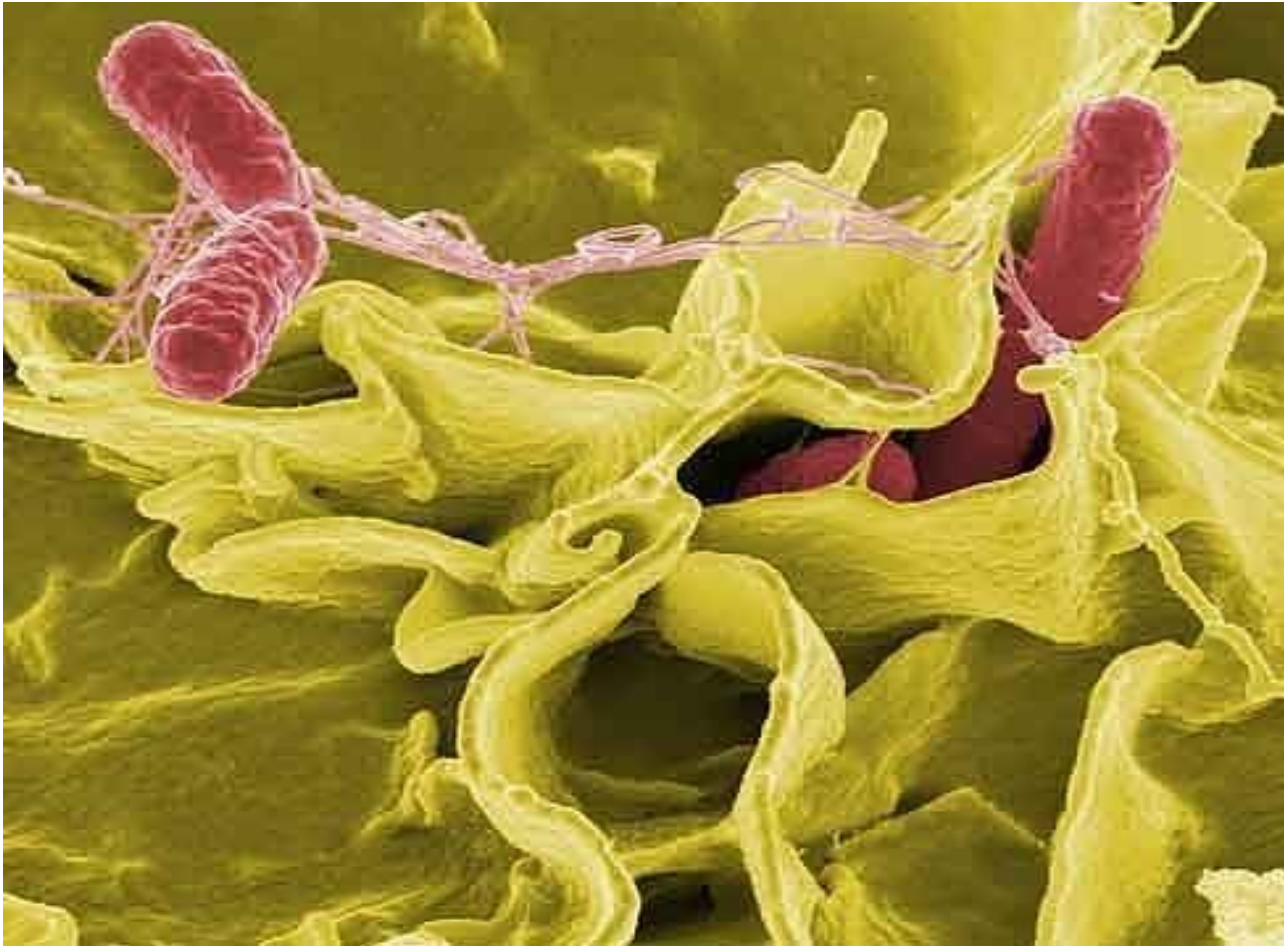


- Сальмонеллы — Гр.(-) палочки
- Спор и капсул не образуют.
- Сальмонеллы устойчивы во внешней среде, в воде живут до 120 дней, в фекалиях — от 80 дней до 4 лет.
- В некоторых продуктах (молоко, мясо) сальмонеллы могут даже размножаться.
- Низкую температуру переносят хорошо, при высокой погибают мгновенно.

- Сальмонеллы способны продуцировать токсины: энтеротоксины (термолабильный и термостабильный), усиливающие секрецию жидкости и солей в просвет кишки, и цитотоксин, нарушающий белково-синтетические процессы в клетках слизистой оболочки кишечника и воздействующий на цитомембраны.
- При разрушении бактерий выделяется эндотоксин, с которым связано развитие интоксикационного синдрома



На электронном микроскопе бактерия Сальмонелла (*Salmonella typhimurium*) вторглась в культуральные клетки кишечника человека. Сальмонелла вызывает распространённое кишечное заболевание - сальмонеллез.



Источники и факторы передачи сальмонеллеза







THE THINGS
YOU TOUCH
STAY WITH YOU.





If you aren't totally clean, you are filthy.





If you aren't totally clean, you are filthy.



If you aren't totally clean, you are filthy.



Твои руки есть то, к чему они прикасаются



- Входными воротами инфекции является слизистая оболочка тонкого кишечника. В ней сальмонеллы размножаются и могут паразитировать внутриклеточно.



Патогенез сальмонеллеза

- 1. Колонизация возбудителей в слизистой тонкого кишечника.
- 2. Далее сальмонеллы захватываются макрофагами, но это не приводит к их фагоцитозу. Они обладают способностью не только сохраняться, но и размножаться в макрофагах, преодолевать внутри них барьер кишечного эпителия, проникать в лимфатические узлы и кровь.
- 3. Бактериемия у больных сальмонеллезом встречается часто, но обычно бывает кратковременной.

- 4. В собственном слое слизистой оболочки тонкой кишки наблюдается интенсивное разрушение бактерий с высвобождением эндотоксина.
- 4.1. Эндотоксин приводит к развитию лихорадки и нарушению микроциркуляции вплоть до развития инфекционно-токсического шока.

- 4.2. Воздействие энтеротоксина, приводит к нарушению транспорта ионов Na и Cl через мембрану клеток кишечного эпителия с накоплением их в просвете кишки.

По возникающему осмотическому градиенту вода выходит из энтероцитов, развивается водянистая диарея.

В тяжелых случаях заболевания вследствие потери жидкости и электролитов наблюдаются значительное нарушение водно-солевого обмена, уменьшение ОЦК, снижение артериального давления и развитие гиповолемического шока.

- Одновременно развивается ДВС синдром, который является как следствием воздействия эндотоксина на свертывающую систему крови, так и гиповолемии.
- Страдает и сосудисто-нервный аппарат, что проявляется в понижении тонуса сосудов, нарушении терморегуляции.

- Инкубационный период при сальмонеллезе составляет 12—24 ч.
- Иногда он укорачивается до 6 ч или удлиняется до 2 дней.
- Выделяют следующие формы и варианты течения сальмонеллезной инфекции:

I. Гастроинтестинальная форма:

- гастритический вариант;
- энтеритический вариант;
- **гастроэнтеритический вариант;**
- энтероколитический вариант;
- колитический вариант;
- **гастроэнтероколитический вариант.**

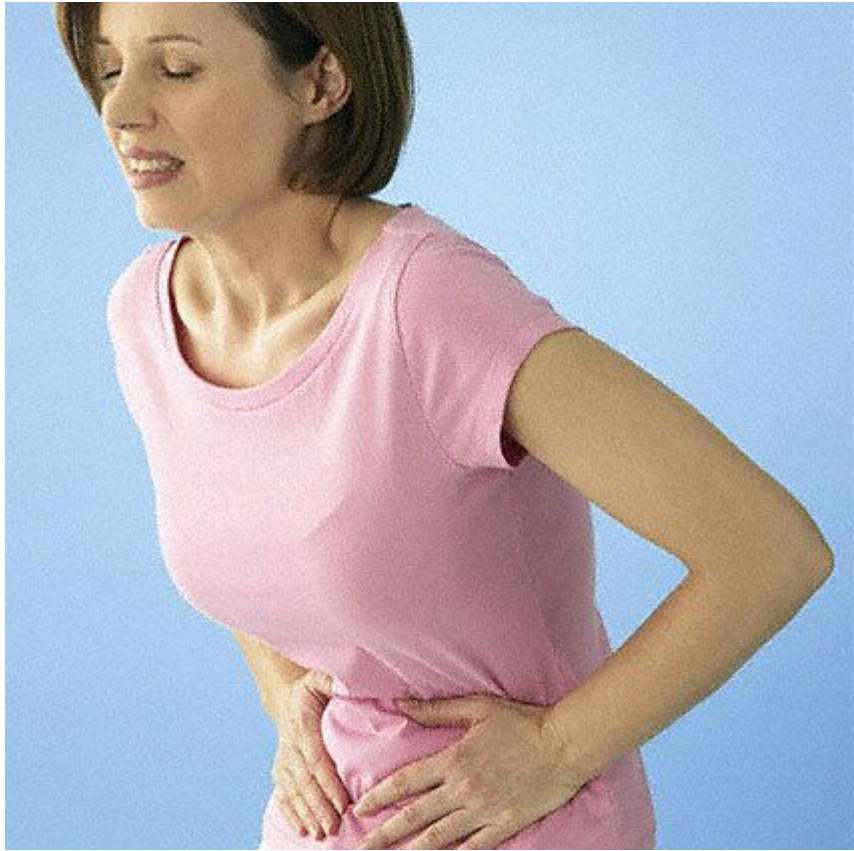
II. Генерализованная форма:

- тифоподобный вариант;
- септикопиемический вариант.

III. Атипичные формы:

- стертая;
- субклиническая.

- **Гастроэнтеритический вариант** — наиболее частый клинический вариант сальмонеллезной инфекции.
- Начало острое. В начальном периоде отмечаются как признаки поражения желудочно-кишечного тракта, так и признаки интоксикации.
- Тошнота и рвота отмечаются у многих больных. Рвота однократная, иногда неукротимая.



- Стул жидкий, обильный, иногда может напоминать рисовый отвар. Наиболее часто стул бывает с примесью слизи, реже — водянистый, без патологических примесей. Иногда кал имеет зеленоватую окраску.
- Живот обычно вздут умеренно, при пальпации болезненный в эпигастрии, вокруг пупка, в илеоцекальной области, выявляется урчание в области петель тонкого отдела кишечника.



Клинический критерий**форма заболевания**

Легкая

среднетяжелая

тяжелая

Температура:

-Субфебрильная

-- фебрильная

-- высокая

1 – 3 дня

до 5 дней

5 – 7 дней

Боль в животе

слабая

умеренная

выраженная

Рвота

1 – 2 раза

Повторяющаяся

Неукротимая

Понос

до 5 раз в сутки

до 10 раз в сутки

более 10 раз в
суткиПризнаки
обезвоживанияпрактически
отсутствуютумеренно
выраженыВыражены
значительно

Снижение АД

нет

возможно, но не
более чем до 90
мм рт,ст,Выраженное,
вплоть до
коллапса

Снижение диуреза

нет

небольшое

олигоанурия

Осложнения сальмонеллеза

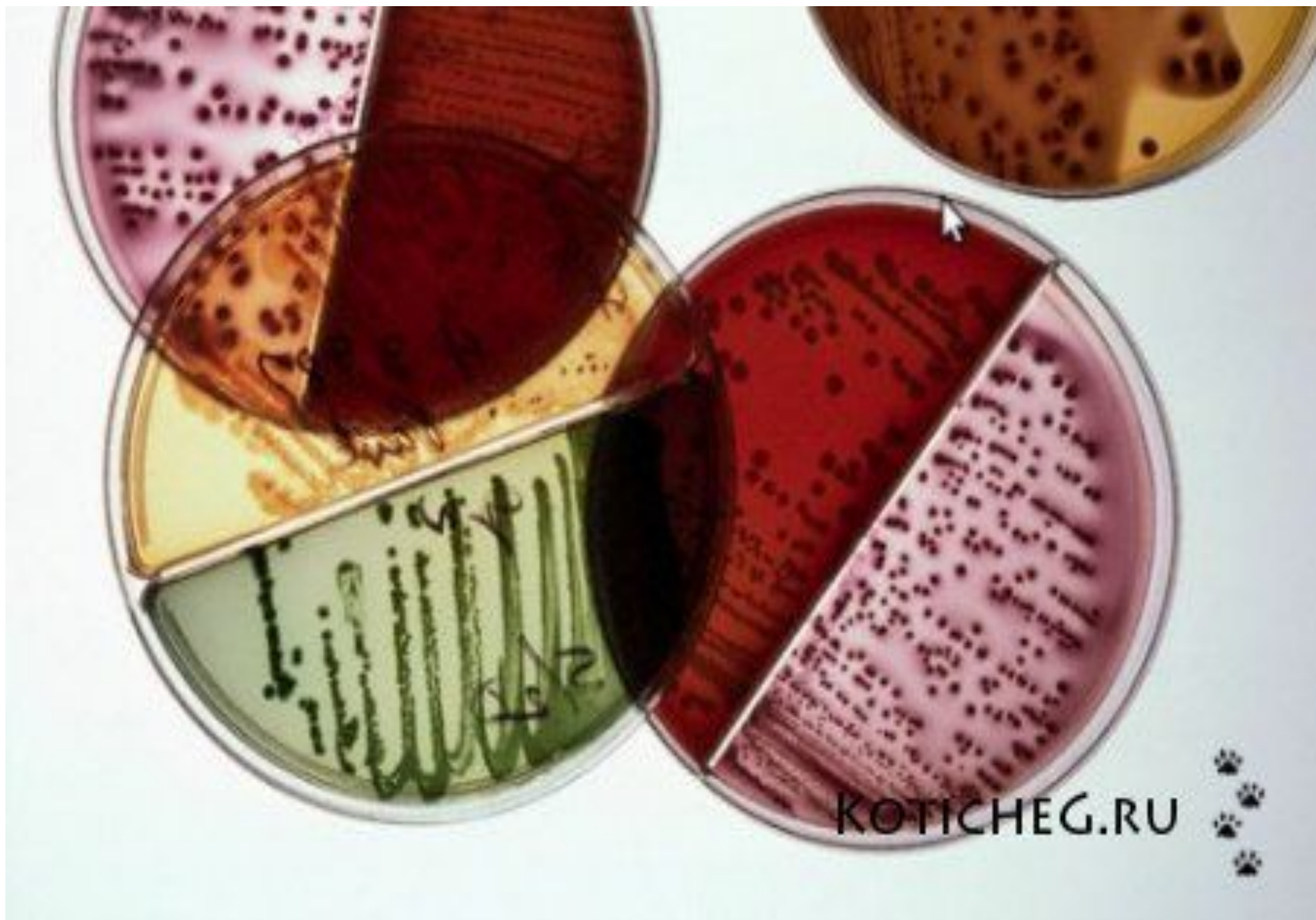
- возможно развитие сосудистого коллапса, гиповолемического шока,
- острой сердечной и почечной недостаточности,
- инфекционно-токсического шока.
- Больные сальмонеллезом склонны к септическим осложнениям: гнойным артритам, остеомиелиту, эндокардиту, абсцессу мозга, селезенки, печени и почек, менингиту, перитониту, аппендицитам.
- Кроме того, могут возникнуть пневмонии, восходящая инфекция мочевыводящих путей (циститы, пиелиты).
- При всех клинических формах заболевания возможно развитие рецидивов.

Материал для исследования:

- рвотные массы
- испражнения
- промывные воды кишечника
- кровь
- моча

▣ Питательные среды:

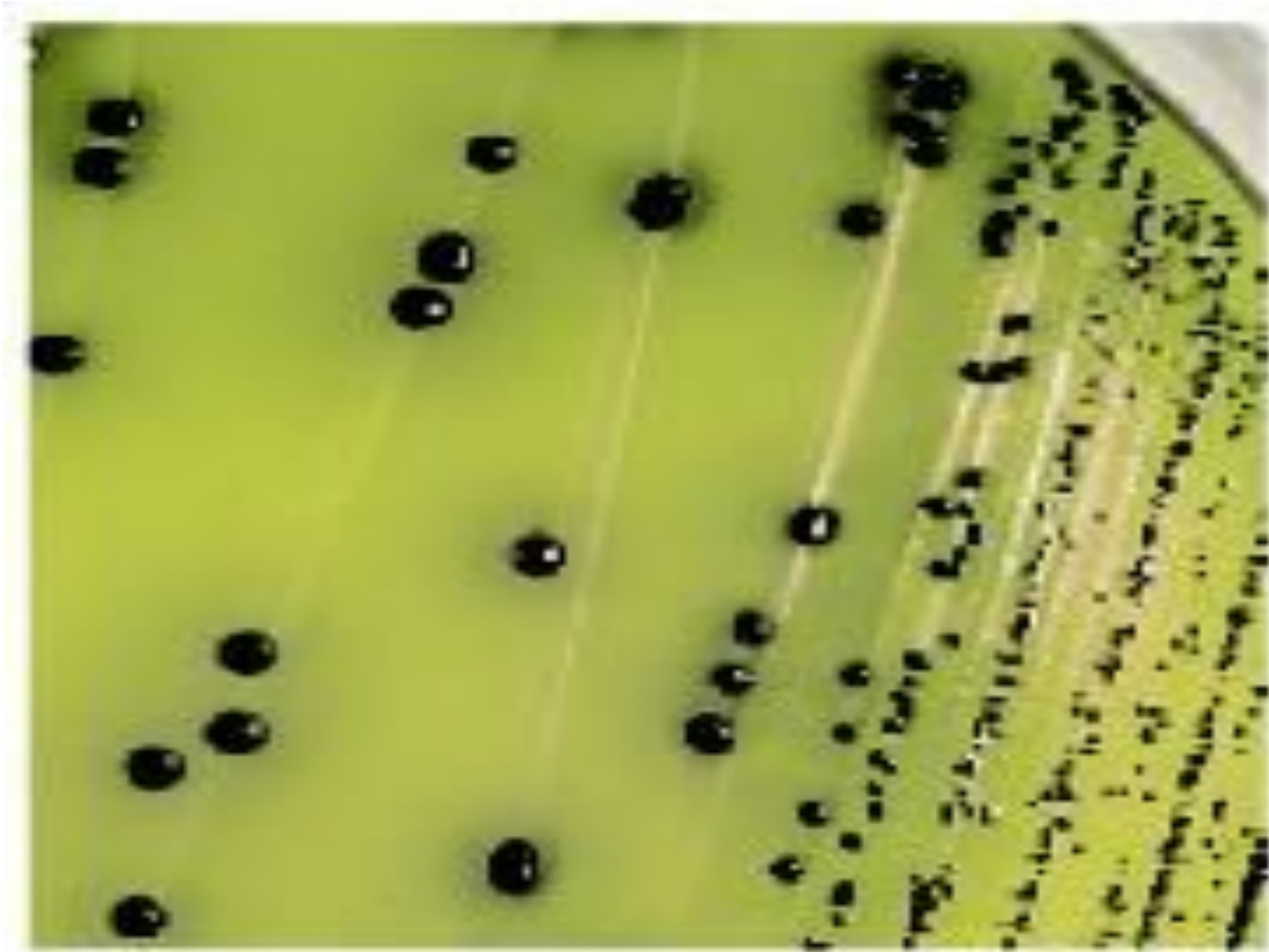
- Эндо
- Плоскирева
- висмут-сульфит агар
- селенитовый бульон
- желчный бульон



KOTICHEG.RU

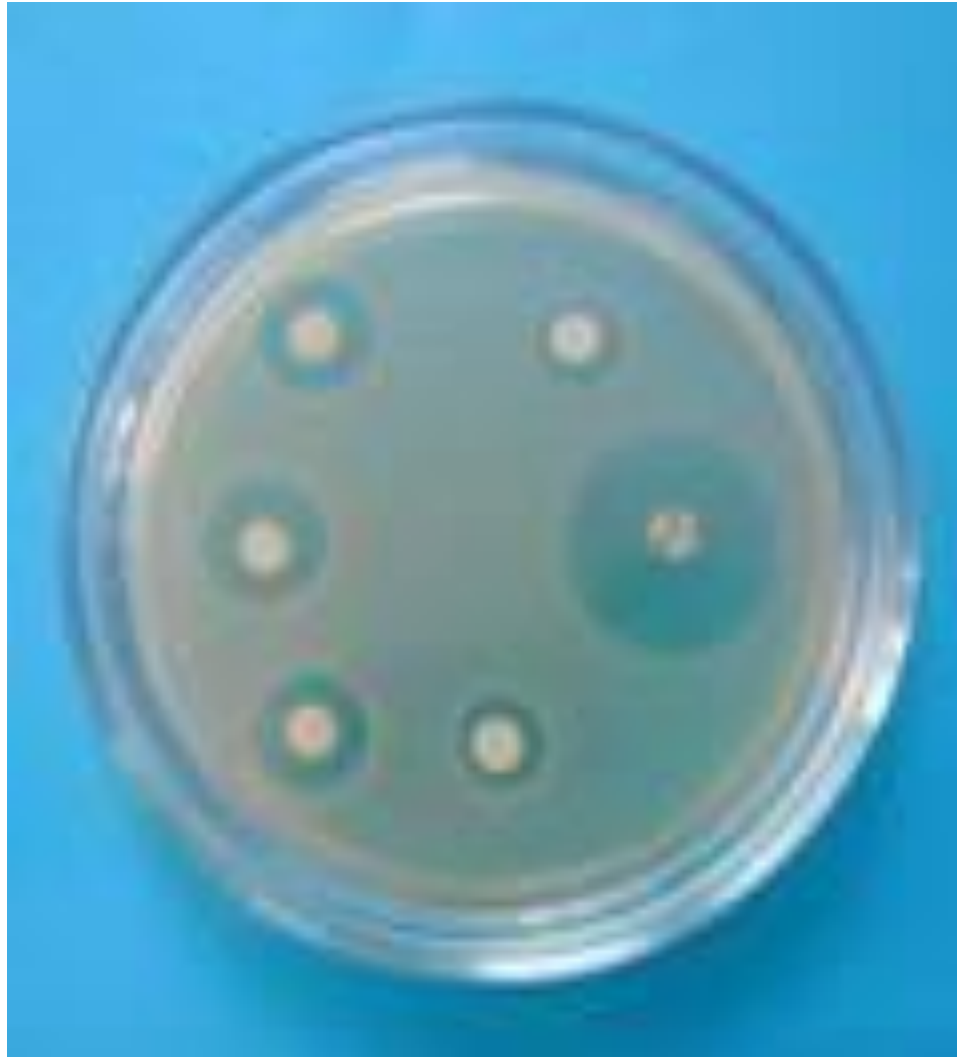


Bismuth Sulphite Agar (M027)
Рост Salmonella серовара Enteritidis





Определение чувствительности к антибиотикам



Лечение

- Лечение больных начинают с промывания желудка с целью удаления инфицированных продуктов, возбудителей и их токсинов.
- Для промывания используют 2%-ный раствор бикарбоната натрия или воду в количестве 2—3 л с температурой 18—20° С.

- Борьба с обезвоживанием в случаях заболеваний средней и легкой тяжести, протекающих с обезвоживанием I—II степени, проводится регидратационными растворами, которые вводят орально

Применяются :

- глюкосолан, оралит, регидрон.

- При повторной рвоте, нарастающем обезвоживании лечение больных начинают с внутривенного введения полиионных растворов «Квартасоль», «Хлосоль», «Ацесоль», «Трисоль» и др., подогретых до температуры 38—40°С.
- При тяжелом течении болезни с обезвоживанием III—IV степени лечение следует начинать с внутривенного струйного (80—120 мл/мин) введения указанных полиионных растворов.

- При тяжелых и среднетяжелых формах применяют антибактериальные средства:
- Левомецетин по 0,4г 4 р/с
- Ципрофлоксацин по 0,5 г 2р/с
- Амоксициллин по 1,2 г 3-4 р/с в/м
- Ампициллин по 1-1,5 г 3-4 р/с в/м
- Цефтриаксон по 1-2г 2 р/с в/в

Всем больным назначают сорбенты:

- Полисорб
- Смекта





- Диета должна быть механически и химически щадящей, что соответствует столу № 4 лечебного питания.
- Из рациона исключают цельное молоко и тугоплавкие жиры, ограничивают углеводы.
- Рекомендуются овсяные и рисовые каши на воде, отварная рыба, паровые котлеты, фрикадельки, фруктовые кисели, творог, неострые сорта сыра.
- Диету расширяют постепенно, а при полном клиническом выздоровлении, наступающем обычно на 28—30-й день от начала болезни, переходят на рацион здорового человека.

Особенности сестринского ухода:

- 1. Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений, который продолжается обычно не более 3 дней.
- 2. Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта с ведением учёта выделяемой жидкости. (следует контролировать каждые 2-4 ч).

- 3. Обеспечение введения перорально глюкозо-солевых растворов типа «Цитроглюкосолан», «Глюкосолан», «Регидрон», «Оралит» внутрь дробным частым питьём (до 1- 1,5 л/час) в течение 2-3 ч, и дальнейших потерь жидкости в процессе лечения (следует контролировать каждые 2-4 ч).

- 4. Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) индометацина. по 50 мг 3-кратно в течение 12 ч. (по назначению врача фторхинолоны по 0,5 г 2 раза в сутки, левомицетин по 0,5 г 4-5 раз в сутки, доксициклин по 0,1 г/сут и др.).
- 5. Обеспечение соблюдения пациентом диеты.
- 6. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

Медсестринский процесс

I Этап. Медсестринское обследование.

- Лихорадка
- Язык сухой, обложен белым налетом
- Живот вздут, болезненный при пальпации, урчание в животе
- Рвотные массы с примесью желчи
- Испражнения водянистые, пенистые, зловонные

- **II этап. Медсестринская диагностика:**

-Тошнота

Рвота

Боль в животе

Диарея

Лихорадка

Высокий риск обезвоживания

III этап - Планирование медсестринских вмешательств

1. Подготовка пациента и забор материала для исследования.
2. Подготовка пациента и проведение мероприятий по неотложной медицинской помощи.
3. Решение проблем и потребностей пациента.
4. Выполнение врачебных назначений.
5. Решение сопутствующих проблем пациента.
6. Обучение пациента и его окружающих санитарно-гигиеническим навыкам, правилам само- и взаимоухода.

IV этап. Реализация плана медсестринских вмешательств

- Немедленно промывание желудка;
- Сифонная клизма;
- Забор рвотных масс и промывных вод, испражнений на исследование;
- Забор крови на бак. и серологическое исследование;
- Парэнтерально инфузионно-дезинтоксикационная терапия;
- Антибактериальная терапия (левомецетин, тетрациклин, цефалоспорины).

Особенности сестринского ухода:

1. Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений, который продолжается обычно не более 3 дней.

2. Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта с ведением учёта выделяемой жидкости. (следует контролировать каждые 2-4 ч).

3. Обеспечение введения перорально глюкозо-солевых растворов типа «Цитроглюкосолан», «Глюкосолан», «Регидрон», «Оралит» внутрь дробным частым питьём (до 1- 1,5 л/час) в течение 2-3 ч, и дальнейших потерь жидкости в процессе лечения (следует контролировать каждые 2-4 ч).

4. Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) индометацина. по 50 мг 3-кратно в течение 12 ч. (по назначению врача фторхинолоны по 0,5 г 2 раза в сутки, левомицетин по 0,5 г 4-5 раз в сутки, доксициклин по 0,1 г/сут и др.).

4. Обеспечение соблюдения пациентом диеты в острый период заболевания соответствует столу №4 по Певзнеру, после прекращения диареи назначают стол №13.

5. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

- **Выписка** из стационара производится после клинического выздоровления при наличии отрицательного результата бактериологического исследования кала.
- Контрольное обследование лиц из декретированной группы населения проводится троекратно.
- Лица, не выделяющие сальмонелл, после выписки из стационара допускаются к работе и диспансерному наблюдению не подлежат.

Профилактика:

- Подвергать мясо и мясные продукты тщательной тепловой обработке
- Для разделки сырого мяса и готовых продуктов использовать отдельные доски
- Яйца, используемые для приготовления блюд, перед употреблением тщательно мыть
- Сырые и готовые продукты хранить в холодильнике в упаковке, на отдельных полках
- Соблюдать сроки хранения сырых и готовых блюд
- Молоко, купленное у частных лиц обязательно кипятить
- Не забывать об элементарных правилах личной гигиены



SALMONELLA



