

САЛЬМОНЕЛЛЁЗ



Санкт-Петербург
2018г.

Выполнила студентка
4 курса, 45 группа
Волокитина Анна



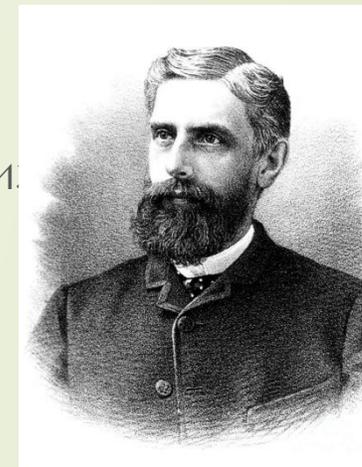
- Сальмонеллез – острое инфекционное зооантропонозное заболевание, вызываемое бактериями рода *Salmonella*, характеризующееся симптомами общей интоксикации и поражением ЖКТ, в редких случаях развитием генерализованных форм

Историческая справка

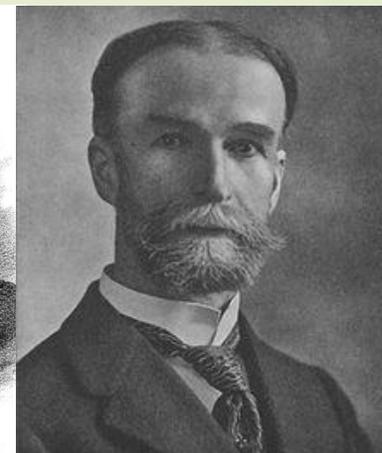
В 1885 г. ученым Т.Смитом и Д.Сальмоном удалось выделить из тканей туши свиньи, погибшей от инфекционного заболевания, прямого возбудителя болезни - *Bacillus suipestifer*, в настоящие дни более известного как *Salmonella choleraesuis*.

В 1888 г А.Гертнер в органах умершего человека и мясе, употреблявшемся в пищу, обнаружил микроб, близкий по свойствам *B. Suipestifer*, обосновав тем самым бактериальную этиологию сальмонеллеза у людей и животных.

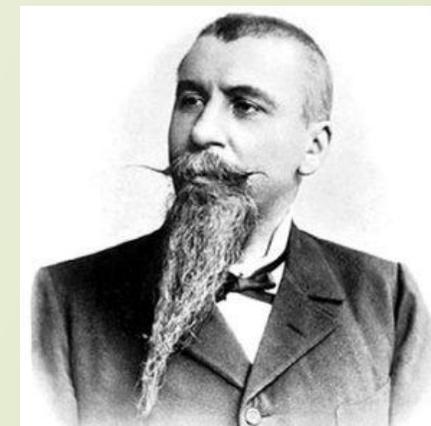
Этот микроб впоследствии получил название – «палочка Гертнера» или *S. enteritidis Gaertneri*. В последующие годы были также открыты и другие бактерии, обладающие схожими биологическими и морфологическими свойствами. В 1934 году данная группа бактерий получила официальное название – сальмонеллы, а болезни, вызываемые ими – сальмонеллезами.



Д. Э. Сальмон



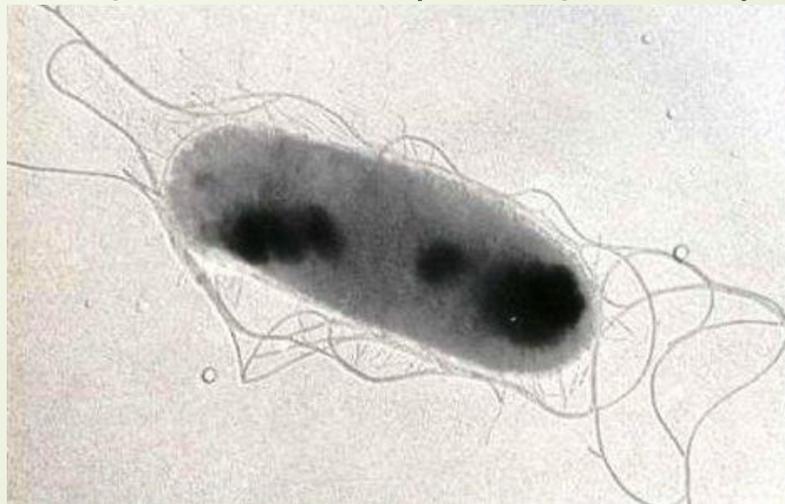
Т. Смит



А. Гертнер

ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудители сальмонеллеза – бактерии рода *Salmonella* семейства *Enterobacteriaceae*.
- Мелкие грамотрицательные палочки, подвижны, имеют от 8 до 20 жгутиков, спор не образуют, факультативные анаэробы.
- Имеют три основных антигена:
 - О-соматический (термостабильный);
 - Н-жгутиковый (термолабильный);
 - К-поверхностный (капсульный).



ЭТИОЛОГИЯ

Сальмонеллы длительно сохраняются в окружающей среде.

При 60°C - погибают через 20-30 минут. При 100°C - мгновенно.

На белье могут сохраняться 14-80 дней.

В испражнениях до 30 дней, в высушенных фекалиях – до 4-х лет.

В проточной воде выживают до 10 дней, водопроводной – до 4-5 месяцев.

В пыли – до 6 месяцев.

В пищевых продуктах сальмонеллы хорошо сохраняются и размножаются:

- в замороженном мясе — до 3-6 мес.,
- в замороженных тушках птиц — до 1 г.,
- в колбасах, сосисках — до 2-3 мес.,
- в сливочном масле, сыре, яичном порошке — 9-12 мес.

Сальмонеллы отличает способность быстро вырабатывать резистентность ко многим антимикробным препаратам.



Эпидемиология

Резервуар и источник возбудителя инфекции

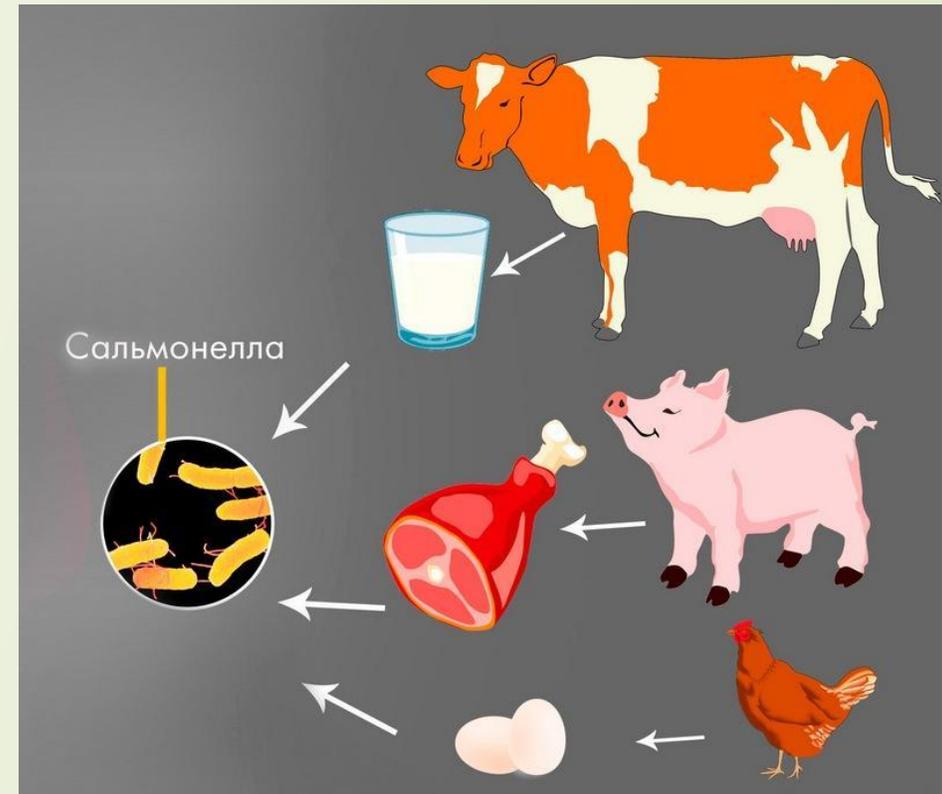
- Больные животные: крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, лошади, домашние и городские птицы. У них болезнь протекает остро или в виде бактерионосительства.
- Человек (больной или бактерионоситель) как источник инфекции

Механизм передачи — фекально-оральный.

Пути передачи:

- пищевой (основной), через продукты животного происхождения
- водный (заражение животных)
- контактно-бытовой (через руки и инструментарий)
- воздушно-пылевой (распространение инфекции среди диких птиц).

Наблюдает спорадическую и групповую заболеваемость. Восприимчивость людей к возбудителю высока. Постинфекционный иммунитет сохраняется менее года.

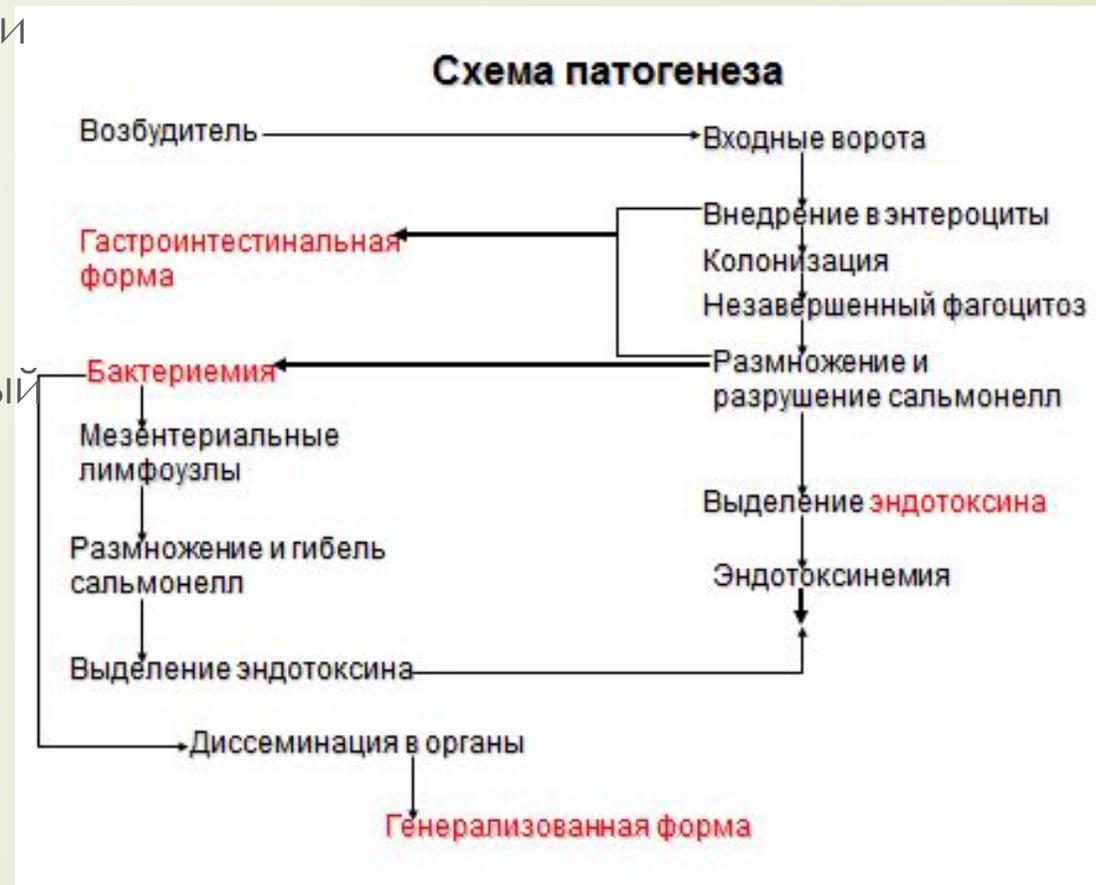


Патогенез

Сальмонеллы, преодолев факторы неспецифической защиты ротовой полости и желудка, попадают в просвет тонкой кишки, где внедряются в слизистую оболочку и провоцируют воспалительную реакцию. Основными факторами патогенности сальмонелл являются эндотоксины, вызывающие развитие интоксикации и термолабильный энтеротоксин, ответственный за развитие диарейного синдрома.

При гастроинтестинальной форме сальмонеллы поражают только слизистую оболочку ЖКТ, что клинически проявляется гастроэнтеритом или гастроэнтероколитом.

Только в редких случаях (при сниженной резистентности организма) возможно проникновение сальмонелл в кровоток с последующей их диссеминацией и поражением различных органов и систем, что характерно для генерализованной формы заболевания.



Клиническая картина

Инкубационный период от 6 часов до 3 суток, составляя в среднем 10 -12 часов; при внутрибольничных вспышках удлиняется до 3–8 дней.

Классификация сальмонеллеза

Клиническая форма	Вариант заболевания	Течение
Гастроинтестинальная (97-98% случаев)	Гастритический Гастроэнтеритический Энтеритический Гастроэнтероколитический Колитический Гемоколит	Легкое Среднетяжелое Тяжелое
Генерализованная	Тифоподобный Септицемический Септикопиемический	Тяжелое
Бактерионосительство		Хроническое Реконвалесцентное Транзиторное

Клиническая картина

Общеинфекционный синдром:

- лихорадочная реакция различной степени выраженности, озноб, проливной пот.
- выраженный интоксикационный синдром, отмечается вялость, слабость, снижение аппетита, отказ от еды, адинамия.

Синдром местных изменений:

- поражение ЖКТ. Боли в животе различной степени выраженности, чаще носят разлитой характер. Тошнота, рвота, диарея. Испражнения вначале носят каловый характер, но быстро становятся водянистыми, пенистыми, зловонными, иногда с зеленоватым оттенком и имеют вид «болотной тины». Могут быть примеси слизи, крови. Длительность диареи колеблется от 1-2 дней до 7-14 дней.

Синдром дегидратации различной степени развивается вследствие потерь жидкости с жидким стулом и рвотой.

Генерализованной форме болезни предшествуют гастроинтестинальные расстройства.

В первые дни болезни клинические проявления септического и тифоподобного вариантов схожи. В дальнейшем состояние больных ухудшается. Колебания температуры тела становятся неправильными, с большими суточными перепадами, тахикардией, миалгией. Отмечают формирование гнойных очагов в лёгких, сердце, почках, печени и других органах. Болезнь протекает длительно и может закончиться летально.

Осложнения

Синдром дегидратации, инфекционно-токсический, и гиповолемический шок, острая почечная недостаточность, ДВС-синдром, кишечное кровотечение, перфорация кишки, инвагинация, выпадение слизистой оболочки прямой кишки.

Госпитализация

Обязательной госпитализации подлежат:

- Больные, переносящие заболевание в среднетяжелой и тяжелой форме
- Больные с осложненными формами болезни
- Больные, представляющие эпидемическую опасность для населения



Диагностика

- Эпиданамнез
- Лабораторная диагностика:
 - Бактериологическое исследование кала, рвотных масс, крови, мочи, жёлчи, промывных вод желудка, остатков подозрительных продуктов.
 - Молекулярно-генетическая диагностика (ПЦР) с обнаружением ДНК. Является вспомогательным методом и используется при необходимости экспресс-диагностики.
 - Серологическое исследование: определение уровня антител в РНГА и IgM, IgG в ИФА. Показано при отрицательных результатах бактериологического обследования. Является вспомогательным методом.
- Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями (дизентерия, холера, острый аппендицит, тромбоз мезентериальных сосудов)



Особенности ухода

Во время периода клинических проявлений медицинская сестра должна осуществлять следующие действия:

- Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений.
В случае проявлений лихорадки обеспечить пациенту тепло и обильное питье. Следить, чтобы больной человек находился в комфортном положении.
- Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта с ведением учёта выделяемой жидкости (контролировать каждые 2-4 ч).
Оказать помощь при рвоте, провести исследование рвотных масс посредством сбора и предоставления врачу.
Произвести осмотр стула при наличии диареи и уметь выявить примесь крови и слизи, определить цвет и консистенцию.
- Отслеживать соблюдение пациентом назначенного врачом режима в течение всего пребывания в стационаре.
- Контролировать выполнение больным назначений врача и производить необходимые манипуляции.
- Обеспечить соблюдение пациентом диеты в острый период заболевания (стол №4), после прекращения диареи назначают стол №13.
- Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.
- Осуществлять строгое соблюдение санитарных правил и контролировать проведение текущей дезинфекции.



Оказание помощи при рвоте

Принципы лечения

- ❑ Режим – постельный (на период интоксикации, при тяжелых формах заболевания)
- ❑ Диета – стол № 4. Полужидкая и жидкая легкая пища. Из рациона исключают пищевые продукты, раздражающие желудок и кишечник, молочные продукты
- ❑ Эубиотики и биопрепараты (Бифидумбактерин)
- ❑ Энтеросорбенты для очищения от токсинов сальмонеллы (Энтеросгель, Смекта)
- ❑ Противодиарейные препараты (Лоперамид)
- ❑ Спазмолитики (Но-шпа)
- ❑ Регидратационная терапия (восстановление водно-солевого обмена)
- ❑ Дезинтоксикационная терапия (ликвидация обезвоживания с помощью глюкозы и Реополиглюкина). В тяжелых случаях применяются растворы Трисоль, Квартасоль.
- ❑ Антибиотикотерапия (при генерализованной форме)



Правила выписки из стационара

Лиц, переболевших сальмонеллезом, выписывают после полного клинического выздоровления и получения отрицательных контрольных бактериологических исследований испражнений.

Профилактика

Ветеринарно-санитарные мероприятия:

- предупреждение распространения сальмонеллеза среди домашних млекопитающих и птиц
- организация санитарного режима на мясокомбинатах и молочных предприятиях

Санитарно-гигиенические мероприятия:

- предупреждение обсеменения сальмонеллами пищевых продуктов при их обработке, транспортировке, продаже
- правильная кулинарная и оптимальная термическая обработка пищевых продуктов

Противоэпидемические мероприятия:

- предупреждение распространения заболевания в коллективе





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!