

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «МОСКОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПУТЕЙ СООБЩЕНИЯ ИМПЕРАТОРА  
НИКОЛАЯ II» (МГУПС МИИТ) МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

*Дата выдачи задания: 23.01.2016*

*Дата сдачи курсовой работы: 24.06.2016*

*Руководитель курсовой работы: Мурашова Ирина Владимировна*

**ТЕМА КУРСОВОЙ РАБОТЫ:**

**«Лечение пациентов инфекционного профиля  
на тему: Дизентерия»**

**ПО ПМ: 02 «Лечебная деятельность»**

**МДК 02.01 «Лечение пациентов инфекционного профиля»**

**Группа: МЛД-212**

**Специальность: 31.02.01 «Лечебное дело»**

**Ф.И.О.: Яцышина Елизавета Евгеньевна**

**г. Москва  
2016 г.**

# Содержание:

- 1. Введение**
- 2. Актуальность заболевания**
- 3. Основная часть**
  - 3.1. Понятия о дизентерии**
  - 3.2. Этиология**
  - 3.3. Эпидемиология**
  - 3.4. Патогенез**
  - 3.5. Клиническая картина**
  - 3.6. Диагностика**
  - 3.7. Лечение**
  - 3.8. Сестринский уход при дизентерии**
  - 3.9. Профилактика**
  - 3.10. Приложение**
- 4. Заключение**
- 5. Список использованной литературы**

## Введение:

По данным ВОЗ, на земном шаре ежегодно регистрируется до 500 млн. случаев острых инфекционных кишечных заболеваний. Возрастающая интенсивность экономических, политических и культурных связей приводит к заносу отдельных инфекций в те страны, где их раньше не было.

Согласно официальным данным число зарегистрированных случаев заболеваний бактериальной дизентерией (шигеллезом) среди взрослого населения и подростков до 17 лет включительно в Российской Федерации за 2011 составляет 9.493 человека и за 2012 год составляет 10. 135 человек, а также дизентерия стала причиной смерти почти 5 миллионов грудных детей.



# Актуальность заболевания

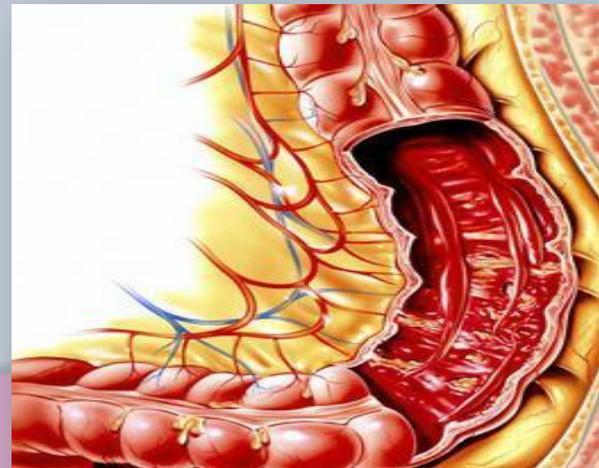
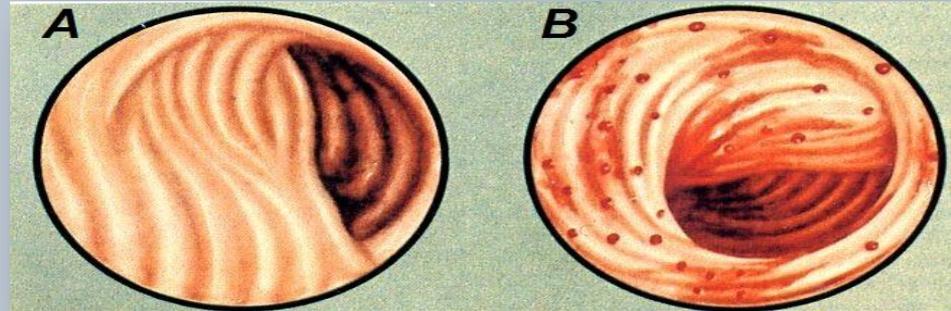
*Дизентерия занимает ведущее место в группе кишечных инфекций, удельный вес дизентерии в структуре острых кишечных инфекций составляет от 54 до 75%. По данным ВОЗ от дизентерии в мире умирает около 1 млн. человек в год. На долю развивающихся стран приходится большая часть заболеваемости. В России заболеваемость находится на сравнительно высоком уровне, особенно начиная с 1991-1992 гг. отмечается устойчивый рост заболеваемости.*



*Цель работы – доказать, что при правильной профилактике и уходе, появление дизентерии не будет, либо она будет возникать реже!*

# Понятие о дизентерии

**Дизентерия (Шигеллез)** — антропонозная бактериальная инфекция с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется преимущественно поражением слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки и общей интоксикацией.



# Этиология

**Возбудитель** — дизентерийные бактерии — грамотрицательные палочки из рода шигеллы.

Дизентерийные палочки неподвижны, спор, капсул и жгутиков не имеют, хорошо размножаются на обычных питательных средах, являются факультативными анаэробами.

При водных вспышках в качестве этиологического агента преобладают **шигеллы Флекснера**, при пищевых (молочных) - **шигеллы Зонне**.

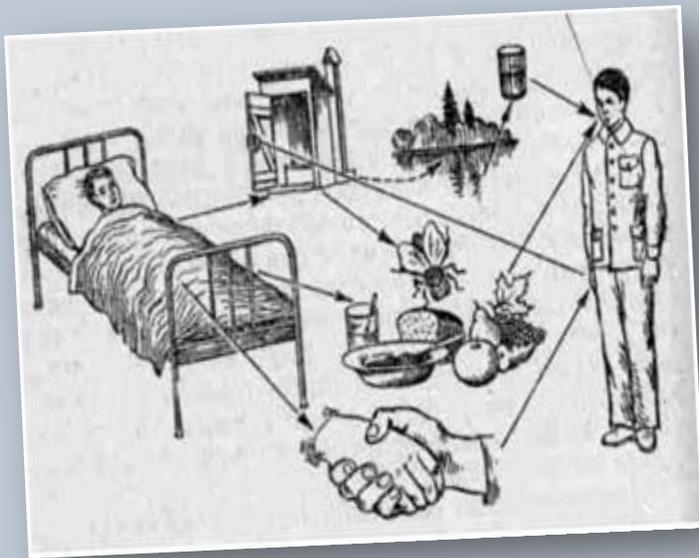
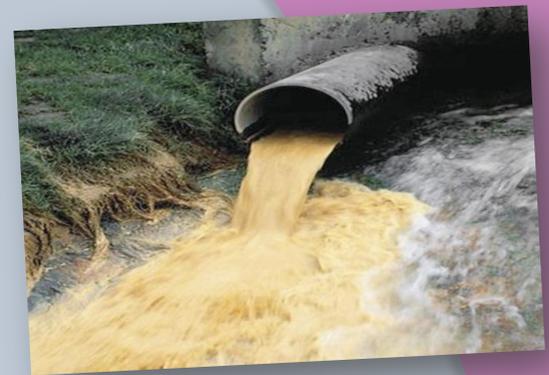


# Эпидемиология

**Источник инфекции:** человек больной или переболевший дизентерией, особенно заразен больной в первые три дня болезни.

**Механизм передачи инфекции:** фекально-оральный.

**Пути передачи:** водный, пищевой и контактно-бытовой (например: руки, пищевые продукты, питьевая вода, мухи).



# Патогенез

Шигеллы попадают в ЖКТ через рот. В желудке и кишечнике они под воздействием ферментов погибают, выделяя эндотоксины, которые, всасываясь в кровь, вызывают развитие симптомов кишечного токсикоза, а при массивном поступлении шигелл в ЖКТ могут стать причиной развития нейротоксикоза и эндотоксинового шока.



Фаза токсемии протекает с вовлечением в патологический процесс всех органов и систем, особенно нервной. Поражение ЦНС обусловлено воздействием эндо- и экзотоксинов на рецепторы сосудов, питающих нервную ткань, и непосредственно на нервные волокна, расположенные в слизистой оболочке кишечника

Фаза размножения шигелл начинается в тонком кишечнике, но более выражена в дистальных отделах толстого. Бактерии адсорбируются на клетках кишечного эпителия, что сопровождается разбуханием и отторжением микроворсинок, развивается выраженный воспалительный процесс в местах инвазии

# Клиника

**Инкубационный период** от нескольких часов до 7 сут, чаще 2—3 сут. Дизентерию классифицируют по этиологическому признаку (Зонне, Флекснера, Григорьева—Шиги и т.д.), по длительности течения — острая (до 3 мес.) и хроническая (свыше 3 мес), по преимущественной локализации процесса (колитический, гастроэнтероколитический, гастроэнтеритический варианты), по тяжести течения (стертое, легкое, среднетяжелое, тяжелое). Выделяют также как форму инфекционного процесса бактерионосительство (субклиническое, реконвалесцентное).

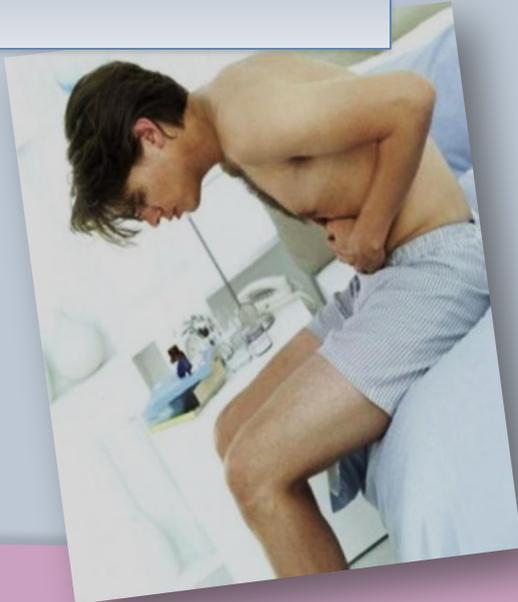


Наиболее типичным является колитический вариант болезни, для которого характерны острое начало, сочетание синдрома интоксикации и синдрома дистального колита (боли в левой подвздошной области, стул со слизью и кровью, тенезмы и ложные позывы).



# Клиника. Колитический вариант

**При легком течении** болезнь начинается с внезапного появления в левой подвздошной области схваткообразных болей, предшествующих акту дефекации. Частота стула достигает 3—5 раз в сутки, испражнения каловые, часто содержат примесь слизи, иногда незначительные прожилки крови.



**При среднетяжелом течении** болезни внезапно или после короткого недомогания возникают схваткообразные боли внизу живота, затем императивные позывы на дефекацию. Частота стула достигая 10—25 раз в сутки. Акт дефекации происходит при спазмированном сфинктере, поэтому сопровождается спастическими болями — тенезмами. Общая интоксикация.

**Тяжелое течение** колитического варианта болезни характеризуется сочетанием резко выраженной интоксикации, проявляющейся ознобом, гипертермией, резкой слабостью. Стул скудный, слизисто-кровянистый, без счета, нередко произвольная дефекация. В испражнениях наряду со слизью и кровью возможна примесь гноя.

# Клиника. Гастроэнтероколитический вариант

**Гастроэнтероколитический вариант** характеризуется укорочением инкубационного периода до 6—8 ч. Начало бурное, симптомы интоксикации и диспепсические расстройства появляются почти одновременно, боли локализуются в эпигастральной области и средней части живота, повторная рвота; обильный водянистый стул.



# Клиника. Гастроэнтерический вариант

*Гастроэнтеритический вариант начинается так же, как и гастроэнтероколитический, однако в дальнейшем симптомы колита не развивается и болезнь не отличается по своим проявлениям от пищевых токсикоинфекций, характеризуется интоксикацией, кратковременностью течения и возможным обезвоживанием.*



# *Клиника. Хронический вариант*

## *Хроническая дизентерия в настоящее*

*время наблюдается редко, как правило, у лиц с отягощенным преморбидным фоном (алкоголизм, неполноценное питание, нарушения в иммунной системе). При этом длительность болезни может достигать от 3 мес до 2 лет. Течение болезни может быть непрерывным, когда нарушения стула. Интоксикационный синдром при хронической дизентерии выражен слабо, в то же время чаще наблюдают нарушения обменных процессов*

# ДИАГНОСТИКА

При частом стуле с примесью крови необходимо заподозрить дизентерию.

**1. Эпидемиологический анамнез (группы риска: асоциальные слои населения, контингенты из военных учреждений, а так же вспышки на предприятиях общественного питания).**



## 2. Клиническая картина



## *3. Лабораторная диагностика*

*3.1. Общий анализ крови.*

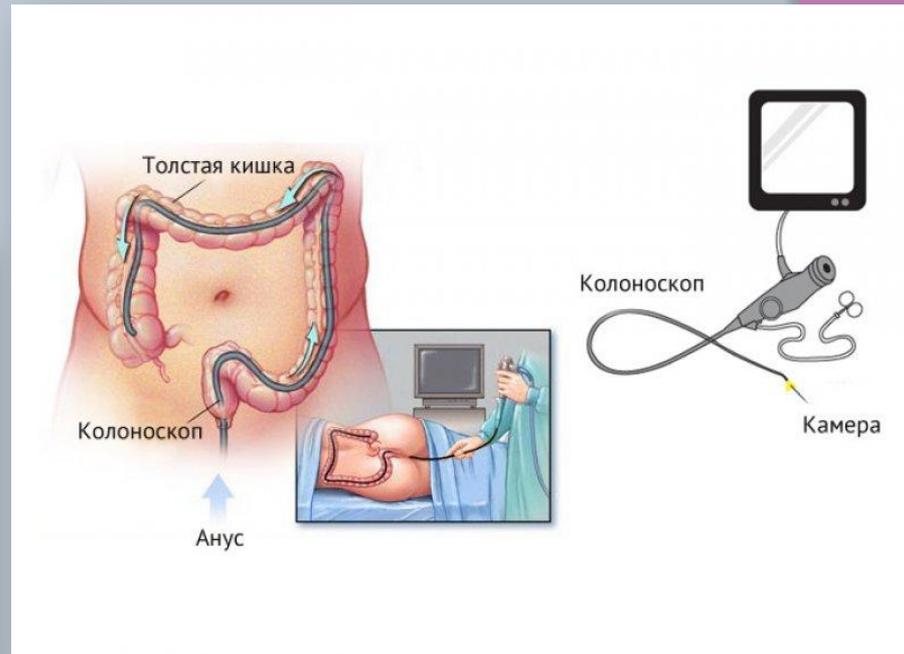
*3.2. Бактериологический метод исследования.*

*3.3. Серологический метод исследования*



**3.4.** Полимеразная цепная реакция (ПЦР) – заключается в определении генов шигелл в кале. ПЦР относится к дорогостоящим методам обследования, поэтому для диагностики острых кишечных инфекций применяется крайне редко.

**3.5.** Эндоскопическое исследование (ректороманоскопия) дополнительный метод диагностики дизентерии. Нередко может дать необходимую информацию для дифференциального диагноза в сомнительных случаях.



# ЛЕЧЕНИЕ

Основными принципами терапии больных дизентерией остаются возможно раннее начало лечения, индивидуальный подход к лечебным мероприятиям у каждого больного, комплексность терапии.

1. Госпитализации подлежат больные со средней тяжести и тяжелым течением дизентерии, лица с тяжелыми сопутствующими хроническими заболеваниями, детей первого года жизни, а также больные, представляющие повышенную эпидемиологическую опасность (пищевики и приравненные к ним контингента)
2. Пациентам назначают палатный режим (постельный режим при лихорадке и интоксикации)



### 3. Диетическое питание (стол №4).

**Показания:** острые заболевания и резкое обострение хронических заболеваний кишечника с сильными поносами.

**Цель:** обеспечить питание при нарушении пищеварения, уменьшить воспаление, бродильные и гнилостные процессы в кишечнике, способствовать нормализации функций кишечника и других органов пищеварения.





7. Для ускорения регенеративных процессов и улучшения состояния слизистой в период реконвалесценции рекомендованы микроклизмы с настоем эвкалипта и ромашки, маслом шиповника и облепихи, ванилина.



8. Применение лекарственных клизм с маслом шиповника, облепихи.  
9. При массивном кровотечении следует проконсультироваться с хирургом.  
10. Рекомендации по лечению дисбактериоза и хронического колита



# 11. При затяжном течении болезни в рамках комплексной терапии эффективна физиотерапия

Физиотерапевтические процедуры:  
(например: УВЧ, диатермия,  
озокеритовые аппликации на область  
живота, электрофорез новокаина и  
хлорида кальция)



УВЧ-терапия – это метод  
лечения (электролечения)



# Сестринский уход при дизентерии

- Контроль над соблюдением постельного режима в течение всего периода клинических проявлений.
- Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта, а именно: придать пациенту положение, позволяющее избежать аспирации рвотных масс, обеспечить гигиену полости рта после каждого акта рвоты.
- Осматривать рвотные массы, определить их количество, при необходимости провести забор на исследование.
- Проводить обеззараживание рвотных масс.
- Обучить пациента методике расслабления и глубокого дыхания для удержания позывов к рвоте.
- Предложить пациенту питье в достаточном количестве.
- Необходимо выделить пациенту отдельную посуду.



- Ведение учета выделяемой жидкости (следует контролировать каждые 2-4 ч).
- Измерение температуры тела, АД и ЧДД пациента.
- Обеспечить прием противорвотных средств по назначению врача.
- Обеспечение соблюдения пациентом диеты в период заболевания соответствует столу №4, перед выпиской из стационара — на общий стол №15.
- Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) лекарственных препаратов.
- Обеспечить комфортные условия для пациента (частое проветривание палаты, ширма, смена белья, психологическая поддержка, уборка рвотных масс).
- Проведение текущих уборок в палате пациента, а после выписки больного проведение заключительной уборки палаты.



# Профилактика

Успешная борьба с дизентерией обеспечивается комплексом лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических, а также противоэпидемических мероприятий.

Мероприятия, направленные на источник инфекции, включают в себя раннее выявление, обязательную регистрацию всех больных с острыми кишечными инфекциями и их лечение.

В очаге дизентерии проводится текущая дезинфекция, а после госпитализации больного осуществляется заключительная дезинфекция.

Реконвалесцентов выписывают после полного клинического выздоровления при отрицательных результатах бактериологического исследования. После выписки из больницы реконвалесценты подлежат диспансерному наблюдению

В профилактике дизентерии большое значение имеют санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи возбудителей: санитарный контроль за источниками водоснабжения, пищевыми предприятиями, проведение санитарно-просветительной работы среди населения, а так же проведение вакцинацию.



# Приложение

## ○ Историческая справка

Болезнь известна с древнейших времен. Название ее дано Гиппократом в V в. до н. э. Вплоть до начала XIX в. дизентерия не выделялась как самостоятельная нозологическая форма: под этим понятием объединялись все болезни, сопровождающиеся поносом.

К. Шига выделил культуру микроорганизмов от больных дизентерией и доказал их этиологическую роль.

В 1900 г. Флекснер открыл еще один вид возбудителя, который был назван его именем.



## ○ **Вакцина против шигелл Зонне**

Отечественная дизентерийная вакцина против шигелл Зонне липо-полисахаридная жидкая (Шигеллвак) представляет собой раствор липополисахарида, полученного из культуры *Shigella sonnei*. Введение вакцины вызывает появление антидизентерийных антител и обеспечивает через 2–3 нед невосприимчивость к инфекции в течение 1 года.

По эпидемиологическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки.

Прививки проводят однократно. Вакцину вводят глубоко подкожно или внутримышечно в наружную поверхность верхней трети плеча. Прививочная доза составляет 0,5 мл. Ревакцинацию проводят при необходимости ежегодно однократно той же дозой препарата.



## Памятка для пациента

Шигеллёз (дизентерия) — инфекционная болезнь, передающаяся пищевым, водным или контактно-бытовым путём. Для её профилактики необходимо соблюдать санитарно-гигиенические нормы, воздерживаться от употребления недоброкачественной пищи, сырой воды. Для шигеллёза характерны подъём температуры, недомогание, жидкий стул, часто с примесью слизи и крови, боли в животе. При появлении этих симптомов необходимо немедленно обратиться к врачу и начать лечение. Прекращение лечения и выход на работу возможны после нормализации состояния и получения отрицательного бактериологического анализа кала



# Заключение

- *Инфекционные болезни являются одной из ведущих проблем здравоохранения.*

*Инфекционные болезни по распространенности во всем мире занимают третье место после болезней сердечно-сосудистой системы и опухолей.*

- ***Дизентерия** - одна из наиболее распространенных кишечных инфекций. По данным ВОЗ, она является одной из важнейших причин нарушения трудоспособности и смерти.*
- *В России заболеваемость дизентерией на протяжении последних 10 лет остается достаточно высокой и не проявляет заметной тенденции к снижению.*

# Список литературы

- Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: учебник/ В.А. Малов, Е.Я. Малова.
- Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: учебник / А.К. Белоусова, В.Н. Дунайцева; под ред. Б.В. Кабарухина.—7-е изд., стер. – Ростов н/Д : Феникс, 2014. – 365с. :
- Инфекционные болезни : национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1040 с.— (Серия «Национальные руководства»)
- Руководство по инфекционным болезням Под ред. Ю.В. Лобзина. Санкт-Петербург, 2010. Часть 1.
- Н.В. Медуницын, В.И. Покровский Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней: Учеб. пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 512 с.: ил.
- Инфекционные болезни: Учебник – М.: Медицина, 2013. – 544 с.: ил.: [6] л. ил. – (Учеб. лит. Для студентов мед. вузов.)
- Инфекционные болезни: Турьянов М.Х., Царегородцев А.Д. Лобзин Ю.В. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИА, 2009.
- Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 816 с.: ил.
- Инфекционные болезни: Учеб, пособие. — М.: РИОР, 2007.-319 с.
- Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи Изд. ТОО "Лейла", СПб, 1996 г. OCR Палек & Alligator, 2012 г. симптомы, синдромы и меры оказания неотложной помощи
- Военно-медицинская академия руководство по анестезиологии и реаниматологии, Под редакцией профессора Ю.С. Полушина Рекомендуются Департаментом профессиональной подготовки и развития кадровых ресурсов в здравоохранении МЗ РФ в качестве учебника для системы послевузовского профессионального образования врачей Санкт-Петербург 2014 г.

*КОНЕЦ.*



*СПАСИБО ЗА  
ПРОСМОТР!*