

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
ОТДЕЛЕНИЕ ПЕДИАТРИИ

Преподаватель
к.м.н. Мазина Е.И.



ГЕПАТИТЫ И КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

План лекции



- Актуальность проблемы
- Гепатиты у детей
- Острые кишечные инфекции
- Сестринская практика при кишечных инфекциях и гепатитах у детей

Целевая аудитория:
слушатели со
средним
медицинским
образованием

ГЕПАТИТЫ И КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Прогнозируемые результаты теоретического занятия

По окончании изучения темы слушатель должен быть способен:

Дать характеристику гепатитов и кишечных инфекций у детей.

Определить проблемы пациента с инфекционной патологией.

Обосновывать и планировать сестринскую деятельность в области лечения и профилактики изученных на занятии инфекционных болезней.

Планировать противоэпидемические мероприятия в очагах инфекций.

Осуществлять разъяснительную и просветительскую работу в данной области здравоохранения.

Оценивать качество сестринской практики в области профилактики и лечения инфекционных заболеваний у детей.

Документировать рабочий процесс в установленном порядке, целесообразно используя профессиональную терминологию.



Учебная литература и нормативные документы:

- Соколова Н.Г. Педиатрия с детскими инфекциями. Ростов-н/Д., 2010.
- Тульчинская В.Д., Соколова Н.Г., Шеховцова Н.М. Сестринское дело в педиатрии. Ростов-н/Д., 2010.
- МУ 3.1.2837-11 Методические указания. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Кишечные инфекции. Эпидемиологический надзор и профилактика вирусного гепатита А.
- Клинические рекомендации (Протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным острым вирусным гепатитом В. 2013.
- СП 3.1.2825-10. Профилактика вирусного гепатита А.
- СП 3.1.1.3108-13 Профилактика острых кишечных инфекций
- СП 3.1/3.2. 3146-13 Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней
- Стандарты оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи детскому населению Нижегородской области. 2008
- Приказ МЗ НО, ЦГСЭН в Нижегородской области №№175, 22-О от 03.03.2009 г «Об организации работы в домашних очагах инфекционных и паразитарных заболеваний»

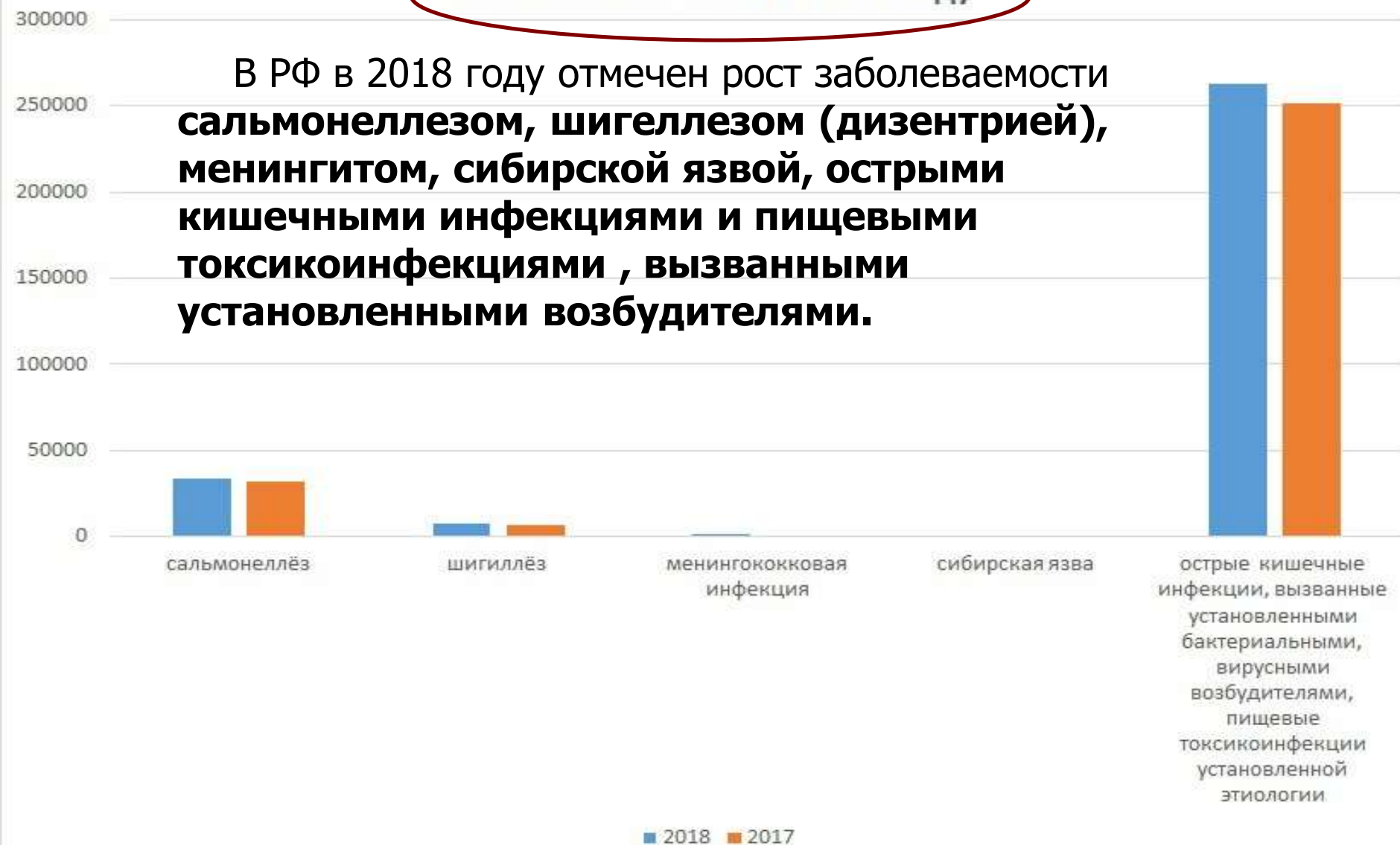
Инфекционная заболеваемость детей в возрасте до 14 л. на 100 тыс. детей

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018
ОКИ устан. этиологии				801.0	802	837,8	829,17	803.61
ОКИ неустан. этиологии				1390.4	1376,6	1272,3	1320, 9	1171.4
Острые вирусные гепатиты всего	16,5	14,1	16,7	14,7	14,1	10,24	9,61	5.13
Острый вир, гепатит А				12,71	12,12	9,73	9,18	4.79
Острый вир, гепатит В				0,08	0,07	0,06	0,05	0.05
Острый вир, гепатит С				0,27	0,24	0,26	0,23	0.19

Динамика заболеваемости населения РФ острыми кишечными инфекциями в 2017-18 г.г.

Рост заболеваемости в 2018 году

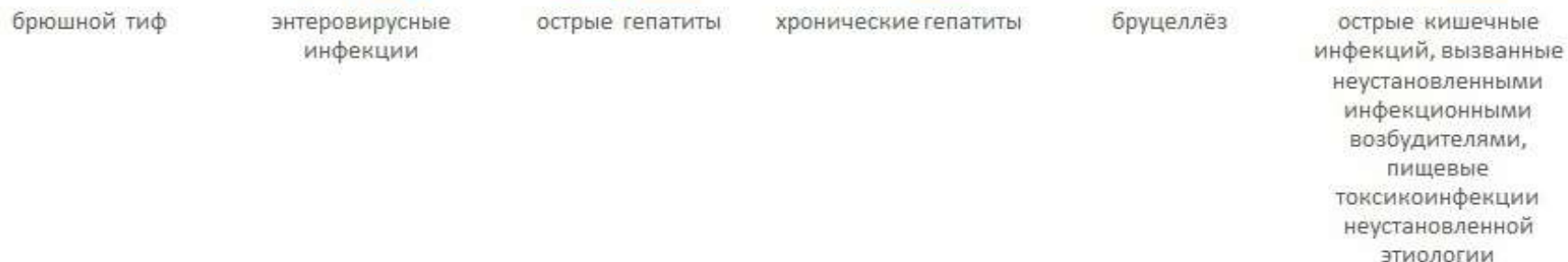
В РФ в 2018 году отмечен рост заболеваемости **сальмонеллезом, шигеллезом (дизентрией), менингитом, сибирской язвой, острыми кишечными инфекциями и пищевыми токсикоинфекциями, вызванными установленными возбудителями.**



Динамика заболеваемости населения РФ острыми кишечными инфекциями в 2017-18 г.г.

Снижение заболеваемости в 2018 году

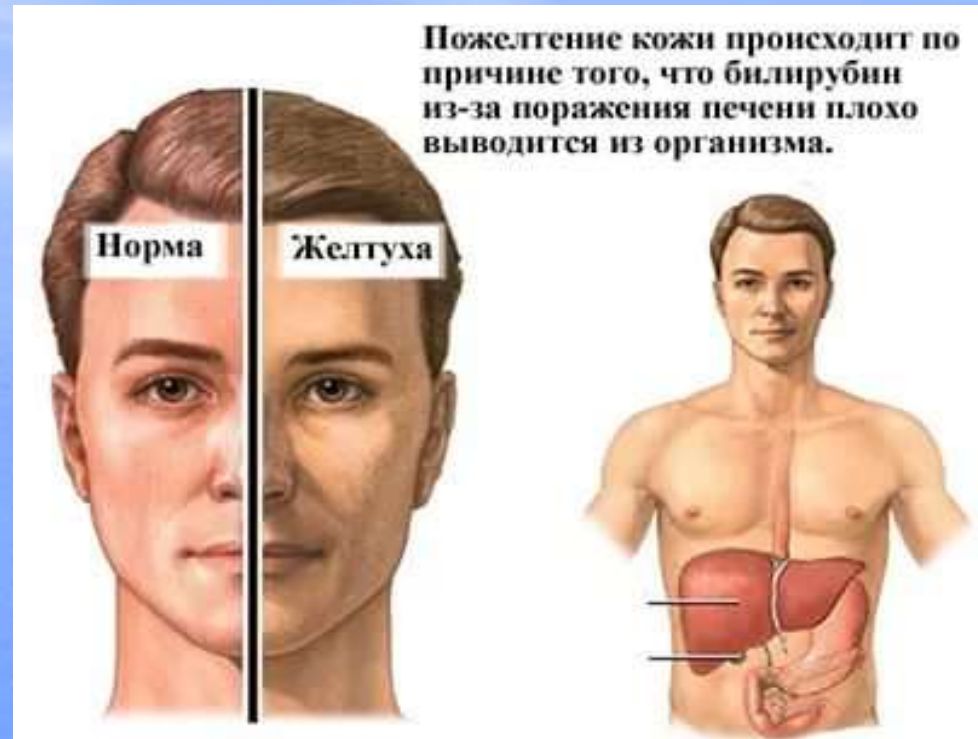
Снижение заболеваемости в 2018 г. по сравнению с 2017 г. зафиксировано по таким формам как брюшной тиф, энтеровирусные инфекции (почти на 40%), острые гепатиты (на 38,3%), хронические гепатиты (5,3%), бруцеллез, острые кишечные инфекции и пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии (незначительно – на 0,3%).



ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

Большая группа вирусных заболеваний, протекающих с поражением печени, имеющих различные этиологические, эпидемиологические характеристики и однотипные клинические проявления.

Являются антропонозными инфекциями (кроме гепатита E)



КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕПАТИТОВ

По этиологии: гепатит А, В, С, D, Е, F, G, смешанная инфекция (например, гепатиты В и С или В и D).

По периоду болезни (при остром течении гепатита): инкубационный, начальный (продромальный), желтушный (период разгара), постжелтушный (репарации) и восстановительный (реконвалесценции)

По типу: типичные (желтушные) и атипичные (безжелтушные).

По времени заражения: врожденные и приобретенные.

По длительности: острая форма, хроническое течение (хронический активный гепатит, хронический персистирующий гепатит).



Этиология гепатитов

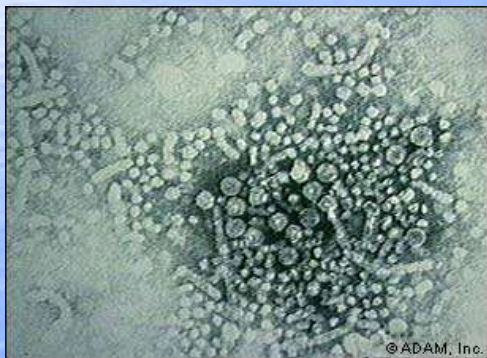
Возбудитель – вирусы.

Вирусы обладают высокой устойчивостью во внешней среде.

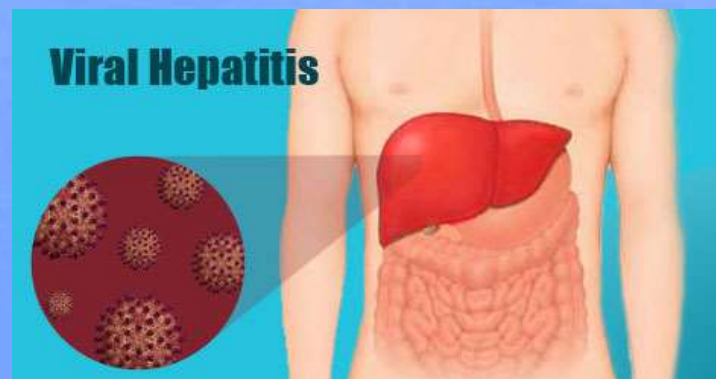
Погибают при кипячении (но **вирус гепатита В только через 2 часа**), длительной обработке хлорсодержащими дезинфицирующими средствами, под влиянием ультрафиолетовых лучей.

Вирус гепатита В сохраняется во внешней среде, в том числе и в холодильнике до 6-12 месяцев).

Вирус гепатита А может выживать в воде от 12 нед. до 10 мес.



Вирус гепатита В

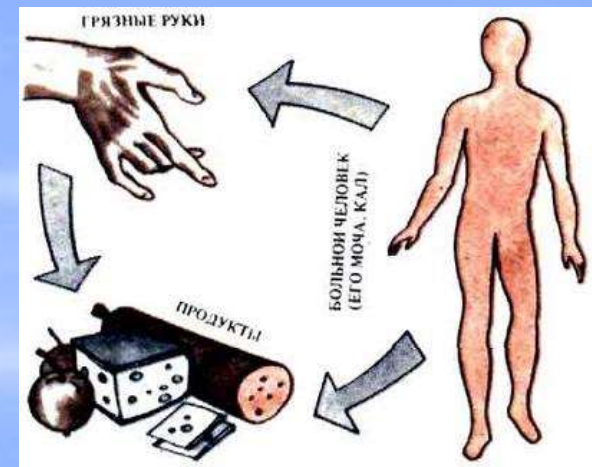


Нижегородская область с 2013 года вошла В ОЧЕРЕДНОЙ ЦИКЛИЧЕСКИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А.

Источник инфекции — больной уже с конца инкубационного периода и до середины — конца желтушного периода **при остром течении гепатита.**

Пути передачи:

вирусы А, Е – фекально-оральный, контактно-бытовой пути.



Заболеваемость ВГА и обнаружение антигена вируса гепатита А в пробах воды в Ростовской области *
в 1992-2000 годах



Пути передачи вирусов В, С, D:



– парентеральный путь, в том числе при гемотрансфузиях, трансфузиях плазмы, инъекциях и любых процедурах с нарушением целостности кожных покровов и слизистых;

– трансплацентарный путь.

Индекс контагиозности всех гепатитов высокий.

Группы риска по заболеванию гепатитом



ДЛЯ ГЕПАТИТ А:

Дети из неблагоприятных социально-бытовых условий

Дети, посещающие детские дошкольные коллективы (в силу скученности, периодической смены состава коллектива и недостаточных санитарных навыков детей).

ДЛЯ ГЕПАТИТОВ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНО (ГЕПАТИТА В, С И D):

- 1) наркоманы;
- 2) лица, страдающие хроническими гематологическими заболеваниями, которым показаны повторные переливания крови и ее продуктов;
- 3) персонал медицинских учреждений, имеющих контакт с кровью и другими материалами от больных, в особенности, обслуживающий отделения гемодиализа, и т.п.

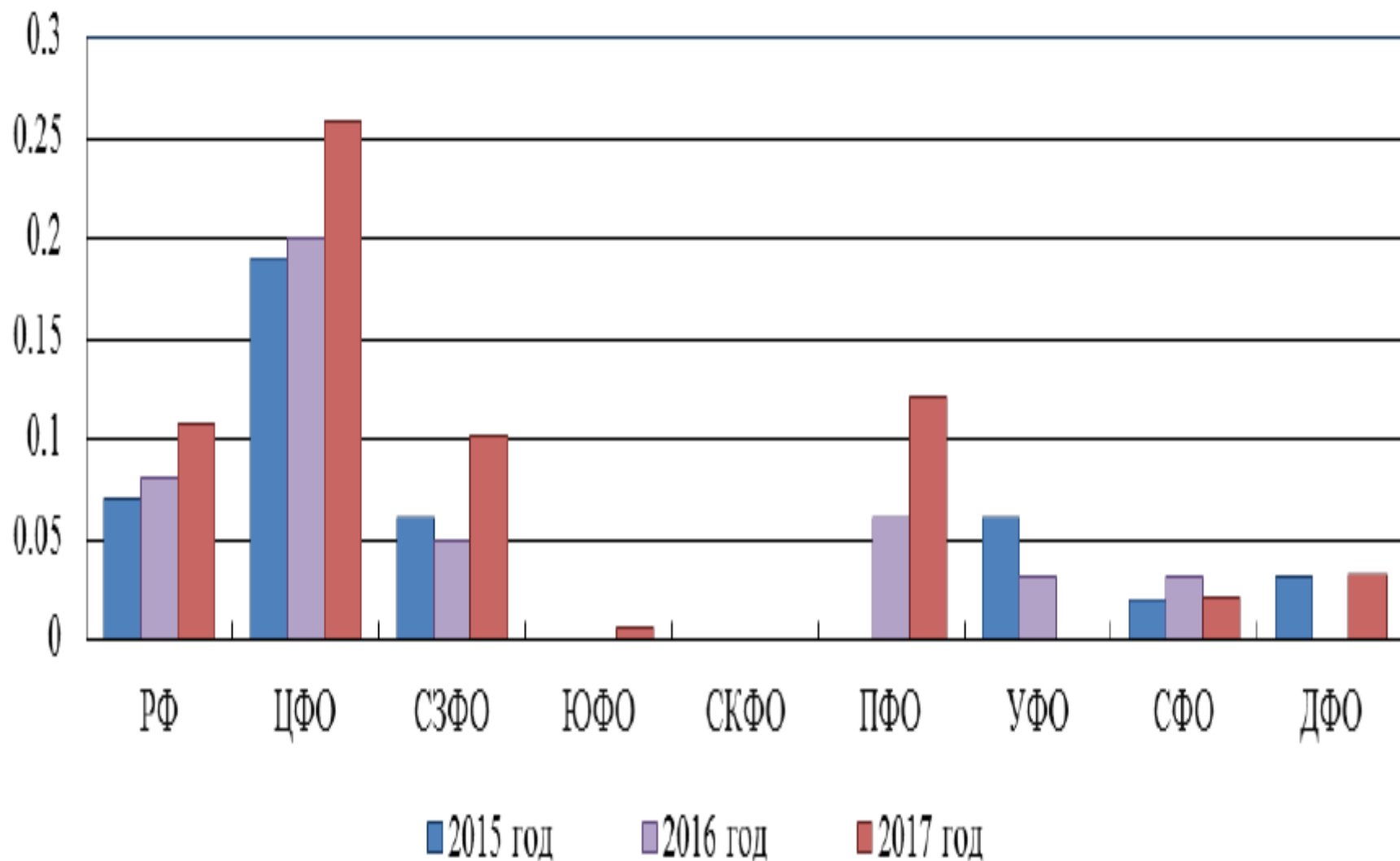
Для гепатита В:

- 1) Дети, родившиеся от матерей, носителей HBs-Ag (вероятность их заболевания в течение первых двух лет жизни >50%).
- 2) Проститутки.

Динамика заболеваемости гепатитом А в России



Динамика заболеваемости гепатитом Е по федеральным округам 2015-17 г.г.



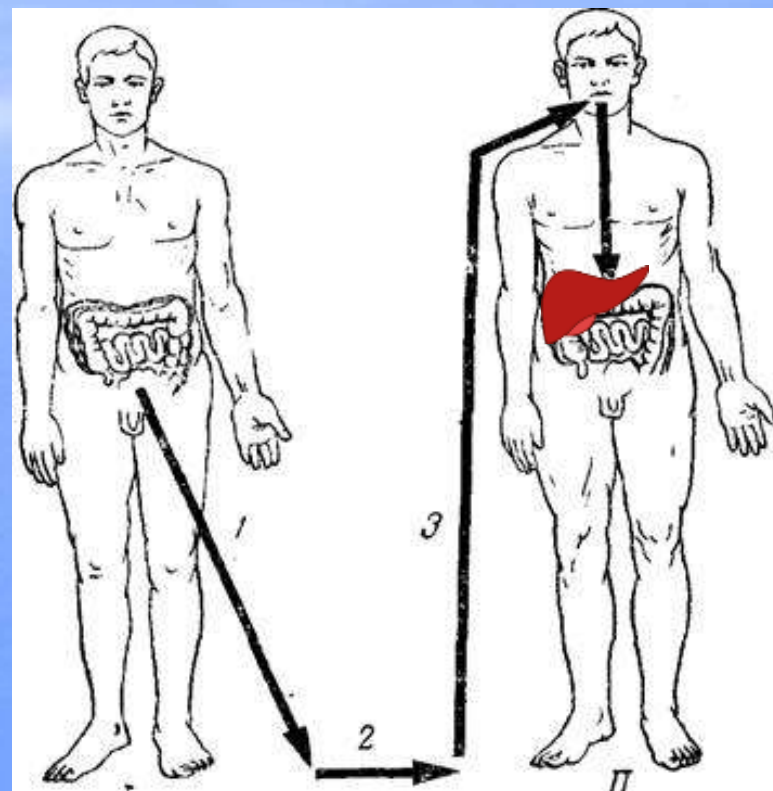
Вирусный гепатит А (болезнь Боткина)

Доброкачественная острая циклическая вирусная инфекция из группы фекально-оральных гепатитов, сопровождающаяся некрозом гепатоцитов.

Клинически проявляется синдромом интоксикации, гепатоспленомегалией и часто желтухой.

Выделение вируса А происходит с фекальными массами.

В 1 мл фекалий может содержаться до 10^8 инфекционных вирионов.



Клиника гепатита А

Инкубационный период при гепатите А: минимальный - 7 дней, максимальный - 50 дней, чаще от 15 до 30 дней.

Начальный (преджелтушный) период – от 3 до 8 дней.

Желтушный период – обычно около 10 дней.

Далее исчезают симптомы, постепенно снижаются уровни билирубина и активность печеночных ферментов в крови.

Период реконвалесценции
около 2-3 месяцев.



Варианты течения преджелтушного (дожелтушного) периода:

1. Гриппоподобный (лихорадочный, катаральный) – наиболее частый.

2. Диспептический вариант:

дискомфорт в эпигастральной области, снижение аппетита до полной анорексии, тошнота, иногда рвота, возможны тупые боли в правом подреберье, горечь во рту, отрыжка, запоры или послабление стула.

3. Астеновегетативный вариант:

общая слабость, потеря работоспособности, раздражительность или безразличие, стойкая бессонница или сонливость.

4. Латентный

5. Смешанный

Начало желтушного периода – с момента появления тёмной мочи.

Клиника желтушного периода гепатита А (периода разгара)



Характерная окраска кожи



Начало желтушного периода – с момента появления тёмной мочи.

Клиника желтушного периода гепатита А



Иктеричность склер



Желтушность слизистых оболочек у
корня языка



Характерная окраска мочи



Обесцвеченный кал

Особенности течения гепатита А

Желтуха обычно легкая или умеренно выраженная.

Фульминантное (злокачественное острое) течение возможно только у детей с тяжёлым предшествующим поражением печени.

У 3-5% детей развивается затяжное течение гепатита А.

Печень значительно увеличена.

У 10-15% детей немного увеличена селезенка.

Изменений других органов обычно нет.

Уровень билирубина при лёгкой и среднетяжёлой форме не превышает 50 и 100 мкмоль/л соответственно.

По данным американских педиатров, **у 70% детей до 6 лет и у 30% более старших детей гепатит А протекает атипично без желтухи.**

Более **70% взрослых людей имеют антитела** к вирусу гепатита А, свидетельствующие о том, что они когда-то перенесли гепатит А.

Диагностика гепатита А

Диагноз гепатита А устанавливают с учетом клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

Основанием для предположения о гепатите А являются:

- острое начало болезни с высокой температурой тела, диспепсическими и астеновегетативными явлениями;
- короткий преджелтушный период;
- увеличение печени;
- улучшение самочувствия, нормализация температуры при появлении желтухи;
- гиперферментемия (АЛТ, АСТ);
- гипербилирубинемия (преимущественно за счет связанной фракции);
- указание на контакт с больным(и) желтухой в соответствующие инкубационному периоду сроки или употребление сырой воды из случайных источников, немытых овощей и фруктов и т. д.;
- выезд в страны Африки, Азии, Латинской Америки, в соответствующие инкубационному периоду сроки.

Лечение

Режим.

Приём пищи 5—6 раз в день, что предупреждает развитие застоя желчи в печени.

Исключение тугоплавких жиров и жирной пищи, колбас и других продуктов промышленного консервирования, специй, пряностей, приправ, грибов, пирожных, шоколада;

Преимущественное применение растительного масла, которое содержит ненасыщенные жирные кислоты, оказывающие липотропное действие. Из животных жиров разрешается сливочное масло.

Рацион обогащается углеводами, особенно легкоусвояемыми (сахар, мед, варенье и т. д. – способствуют накоплению в печени гликогена (повышает резистентность печени к токсикоинфекционным агентам и противодействует ее жировой инфильтрации).

Введение повышенного количества витаминов (ретинол, витамины группы В, ниацин, аскорбиновая и пангамовая кислоты).

Количество жидкости не ограничивается.

В связи с медленным восстановлением функций печени после перенесенного острого гепатита **больной должен придерживаться диеты в течение 4-6 мес.**

Наблюдение за реконвалесцентами вирусного гепатита А
(СанПин 3.1.2825-10, Приказ МЗ СССР № 408 от 12 июля 1989 г.):

1. Диспансерное наблюдение за переболевшими гепатитом А осуществляется **врачами-инфекционистами по месту жительства или лечения.**

Первый осмотр и обследование – не позднее, чем **через месяц** после выписки **амбулаторно при стационаре, в котором** находились на лечении.

В дальнейшем сроки наблюдения и объем необходимых обследований определяются врачом-инфекционистом по месту жительства.

2. Дети, у которых клинико-лабораторные показатели при I-ом обследовании нормальны, далее обследуются в поликлинике инфекционистом или гастроэнтерологом (при их отсутствии - участковым педиатром) - **через 3 и 6 мес.**

3. Дети с измененными клинико-биохимическими показателями продолжают наблюдаться 1 раз в месяц амбулаторно при стационаре.

4. При значительных и нарастающих клинико-лабораторных отклонениях и обострениях заболевания показана повторная госпитализация.

5. **Снятие с учета: через 6 мес.** после выписки из стационара при наличии нормальных клинико-лабораторных показателей (либо продолжение наблюдения до их нормализации).

Противоэпидемические мероприятия в домашнем очаге гепатита А:

1. Экстренное извещение

2. СанПин 3.1.2825-10: **заключительная дезинфекция в домашних очагах, коммунальных квартирах, общежитиях, гостиницах** проводится после госпитализации (смерти) больного и **осуществляется специалистами организаций дезинфекционного профиля по заявкам организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.**

3. Текущая дезинфекция проводится населением.



Мероприятия в отношении источника инфекции в домашнем очаге гепатита А :

4. Госпитализация источника инфекции (СанПин 3.1.2825-10)

Больных госпитализируют в инфекционные отделения.

В отдельных случаях легкого течения заболевания **допускается лечение больного на дому при условии:**

- проживания больного в отдельной благоустроенной квартире;
- отсутствия контакта по месту проживания с работниками ЛПУ, детских и организаций, а также с детьми, посещающими детские образовательные учреждения;
- обеспечения ухода за больным и выполнения всех мер противоэпидемического режима;
- отсутствия у заболевшего других вирусных гепатитов (гепатита В, С, D или гепатита невирусной этиологии, других хронических заболеваний с частыми обострениями и декомпенсацией основного заболевания, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем;
- обеспечения динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования на дому.

5. Приказ №175: после выздоровления дети допускаются в организованные коллективы

Противоэпидемические мероприятия в домашнем очаге гепатита А:

6. Меры в отношении контактных лиц:

Медицинский осмотр всех контактных **в день регистрации больного.**

СП 3.1.2825-10 СП 3.1.2825-10:

За детьми, не посещающими детские учреждения, и взрослыми, не относящимися к декретированным профессиональным группам, наблюдение и клиническое обследование **в течение 35 дней** осуществляет медицинский персонал поликлиники (амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта) по месту жительства.

Осмотр этих лиц проводят **не реже 1 раза в неделю** (опрос, осмотр кожи, склер и слизистых, термометрия, определение размеров печени и селезенки), **по показаниям осуществляют лабораторные исследования и в обязательном порядке - вакцинопрофилактику.**

Лабораторное обследование однократное или повторное (с интервалом 15-20 дней) на определение активности аланин-аминотрансферазы и определение маркеров ГА (анти-ВГА класса IgM в крови) по клиническим показаниям и по решению врача-эпидемиолога.

Противоэпидемические мероприятия в домашнем очаге в отношении контактных, посещающих детские коллективы (СП 3.1.2825-10).



О детях из организованных коллективов и о военнослужащих, **имевших контакт с больным гепатитом А вне коллектива**, ставят в известность медицинский персонал или руководство этих организаций.

Детей допускают в организованные коллективы с разрешения врача-педиатра по согласованию со специалистом органа санитарно-эпидемиологического надзора, при условии:

- их полного здоровья
- указания о перенесенном ранее (документированном) гепатите А либо вакцинированных против гепатита А не менее чем за 14 дней до допуска в коллектив.

Противоэпидемические мероприятия в домашнем очаге в отношении контактных взрослых из декретированной группы (СП 3.1.2825-10)

О взрослых лицах, контактировавших с больным гепатитом А по месту жительства, занятых приготовлением пищи и реализацией пищевых продуктов (организации общественного питания и другие), уходом за больными в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, воспитание и обслуживание детей, обслуживание взрослого населения (проводники, стюардессы и другие) информируются руководители этих организаций, соответствующие здравпункты (медико-санитарные части) и органы санэпиднадзора.

Руководители организаций, в которых работают лица, контактировавшие с больным гепатитом А, обеспечивают контроль за соблюдением данными лицами правил личной и общественной гигиены, **обеспечивают медицинское наблюдение, вакцинопрофилактику и отстранение их от работы при появлении первых признаков заболевания.**

Противоэпидемические мероприятия в детских учреждениях (СП 3.1.2825-10)

1. Экстренное извещение

О каждом случае заболевания (подозрении) медицинские работники медицинских организаций, детских и оздоровительных организаций в течение 2 часов сообщают по телефону и затем в течение 12 часов посылают экстренное извещение по установленной форме в органы санитарно-эпидемиологического надзора **по месту регистрации заболевания** (независимо от места проживания больного).

2. В границы очага, определяемые специалистами органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора включаются лица, имевшие контакт с заболевшим в конце инкубационного периода и в первые дни его болезни, в детских учреждениях, стационарах, санаториях, производственных, воинских и прочих организациях, а также по месту проживания заболевшего (в том числе в общежитиях, гостиницах и других).

Минздрав РФ Медицинская документация

Учреждения

Экстренное извещение
об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

1 Диагноз

2 Фамилия, имя, отчество пациента

3 Пол 4 Возраст Дети до 14 лет дата рождения

5 Адрес
Населенный пункт район
Улица дом № кв. №

6 Место работы (учебы, детского учреждения)
Наименование Адрес

7 Даты:
Заболевания Первичного обращения (выявления)
Установления диагноза Последующего посещения детского учреждения

8 Госпитализация
Дата госпитализации 20 г. Номер наряда
Место госпитализации

Противоэпидемические мероприятия в детских учреждениях (СП 3.1.2825-10)

3. Заключительная дезинфекция в границах очага проводится специалистами организаций дезинфекционного профиля в детских дошкольных учреждениях по каждому случаю, а в школах и других детских учреждениях - при повторных случаях заболевания.

Текущая дезинфекция проводится сотрудниками данного учреждения.



Порядок наблюдения за контактными в учреждении (СП 3.1.2825-10)

- В очаге гепатита А в учреждении выявляются лица, имевшие контакт с больным.

Контактные лица подлежат учету, обследованию, наблюдению и **вакцинопрофилактике** по эпидемическим показаниям.

- Все контактные лица в очаге подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение 35 дней со дня разобщения с источником инфекции, включающим опрос, термометрию, наблюдение за цветом склер и кожных покровов, окраской мочи, размером печени и селезенки, а также клинико-лабораторному обследованию (серологическая или ПЦР-диагностика).

Диагноз гепатита А устанавливается при выявлении в сыворотке крови пациента с подозрением на гепатит anti-HAV Ig M или РНК вирусного гепатита А.

- **Первичный осмотр** и клинико-лабораторное обследование проводит медицинский работник (врач-инфекционист, врач-терапевт, фельдшер) лечебно-профилактической организации по месту проживания контактных лиц или месту работы (обучения, воспитания) **в первые 5 дней после выявления больного и до введения вакцины** против гепатита А.

Карантинные мероприятия в детском учреждении (СП 3.1.2825-10)

При выявлении больного гепатитом А в организованном детском коллективе (коллективах военнослужащих), в учреждении (организации) вводится **карантин сроком на 35 дней** с момента изоляции последнего больного.

За детьми (военнослужащими), имевшими контакт с больным гепатитом А, устанавливают **ежедневное медицинское наблюдение в течение карантина**.

Детское учреждение:

Пораженные группы (классы, отделения или палаты) подлежат максимальной изоляции от других групп, подразделений учреждения (организации).

Они не принимают участия в массовых мероприятиях, организуемых учреждением (организацией).

В карантинной группе (классе, отделении, палате) отменяют систему самообслуживания, проводят беседы по гигиеническому воспитанию и мерам профилактики гепатита А.

Карантинные мероприятия в коллективах (СП 3.1.2825-10).

В период карантина не допускается перевод контактных детей (военнослужащих), персонала детских и иных учреждений в другие группы (классы, отделения, палаты) и в другие учреждения, за **исключением особых случаев с разрешения специалиста** органа государственного санитарно-эпидемиологического надзора.



Прием в карантинные группы (классы, отделения, палаты) новых лиц допускается в случаях, если поступающий ранее перенес гепатит А или **вакцинирован против гепатита А не менее чем за 14 дней до допуска в коллектив.**

Вакцинация в очаге (СП 3.1.2825-10).

При отсутствии клинических признаков заболевания, контактных лиц, ранее не привитых против гепатита А и не болевших этой инфекцией, вакцинируют по эпидемическим показаниям не позднее 5-го дня с момента выявления больного.



ВАКЦИНАЦИЯ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ЛОКАЛИЗАЦИЮ И ЛИКВИДАЦИЮ ОЧАГА ГЕПАТИТА А.

Сведения о проведенной вакцинации (дата, название, доза и номер серии вакцины) регистрируются во всех учетных формах медицинской документации, прививочном сертификате в соответствии с установленными требованиями.

Документирование процесса (СП 3.1.2825-10)

Карта

эпидемиологического
обследования очага
инфекционного
заболевания

Форма N 357-у

Все меры, направленные на ликвидацию очага, отражаются:

- в карте эпидемиологического обследования
- в листе наблюдения за контактными лицами, последний **вклеивается в амбулаторную карту больного ОГА.**

В этих же документах фиксируется окончание мероприятий в очаге и результаты наблюдения за контактными лицами.

[illegible]

Первичная иммунопрофилактика гепатита А

Массовой иммунизации согласно Национальному календарю **не проводится.**

Вакцинопрофилактика показана:

- детям, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости этой инфекцией, (возрастные группы определяются данными эпиданализа).
- лицам, выезжающим в гиперэндемичные по гепатиту А регионы и страны.

Для активной иммунизации против гепатита А применяются инактивированные вакцины отечественного и зарубежного производства, которые вводят дважды с интервалом в 6-12 месяцев.



Гепатит Е

Инкубационный период: от 20 до 65 дней, чаще около 35 сут.

Начальный период: 5-6 дней.

Желтушный период: 2-3 нед.

Естественная восприимчивость людей высокая, особенно женщин в III триместр беременности.

Относительно редкое поражение детей объясняют преобладанием у них стёртых субклинических форм над манифестными

Заболевание у беременных в 20-25% случаев может приобретать злокачественное течение по фульминантному типу с быстрым развитием массивного некроза печени и острой печеночной энцефалопатии.

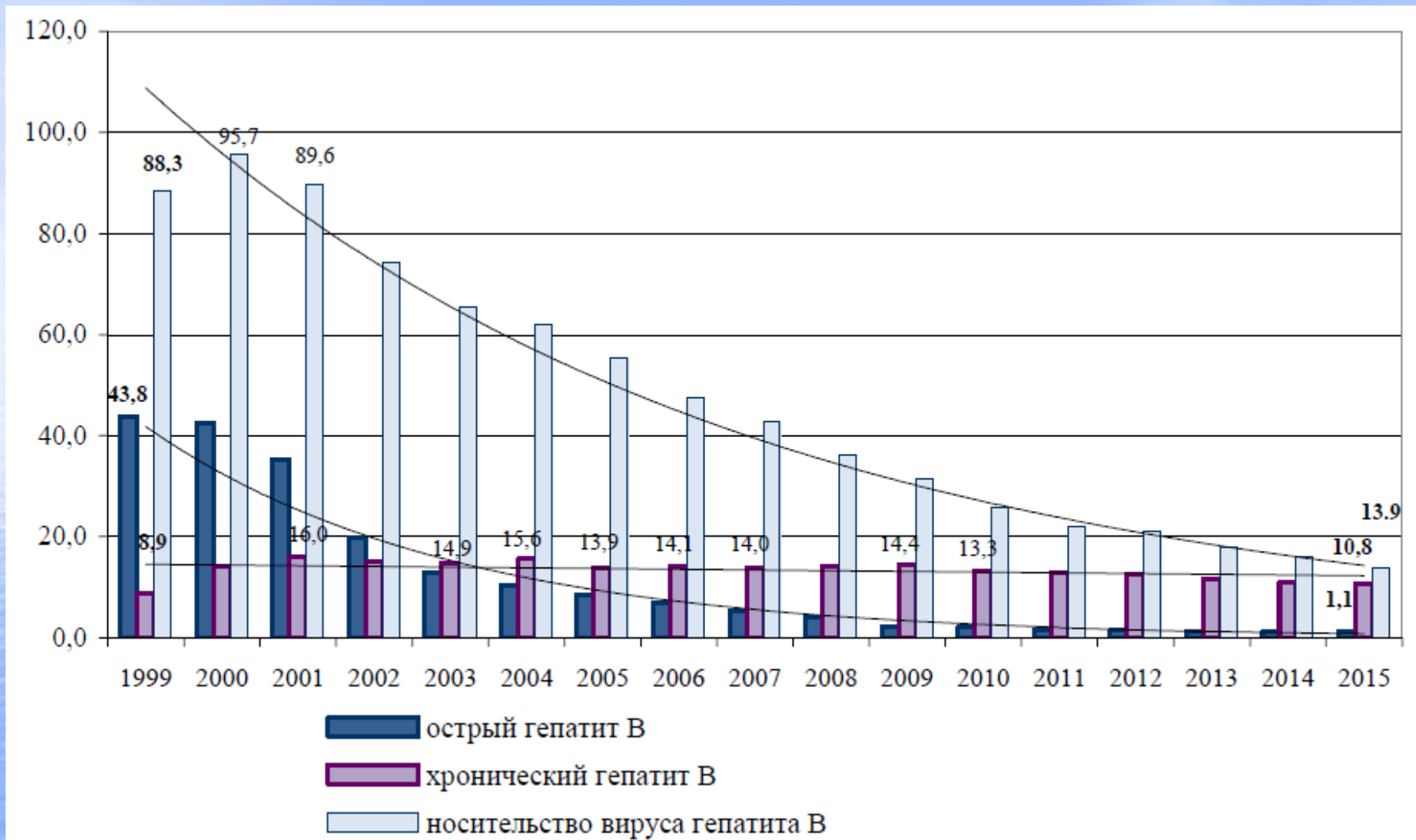
Диагностика гепатита Е:

На основе:

- эпидемиологических данных;
- исключения маркеров гепатитов А, В, С и D у больного острым гепатитом;
- лабораторного определения специфических маркеров: антивирусного иммуноглобулина М и G, и рибонуклеиновой кислоты вируса в крови пациента методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

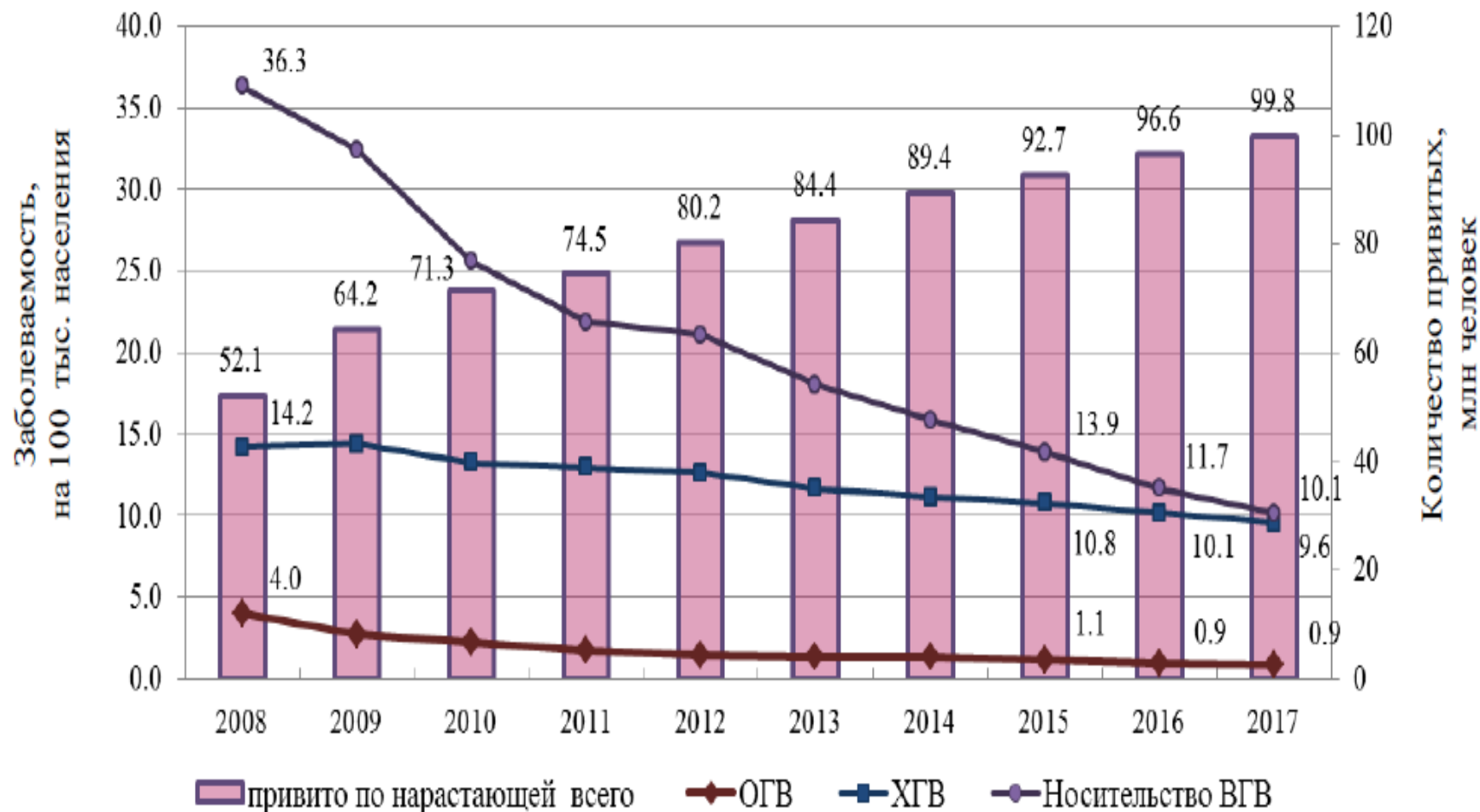
Лечение и эпидемиологический надзор за гепатитом Е принципиально не отличаются от такового при гепатите А.

Парентеральные гепатиты



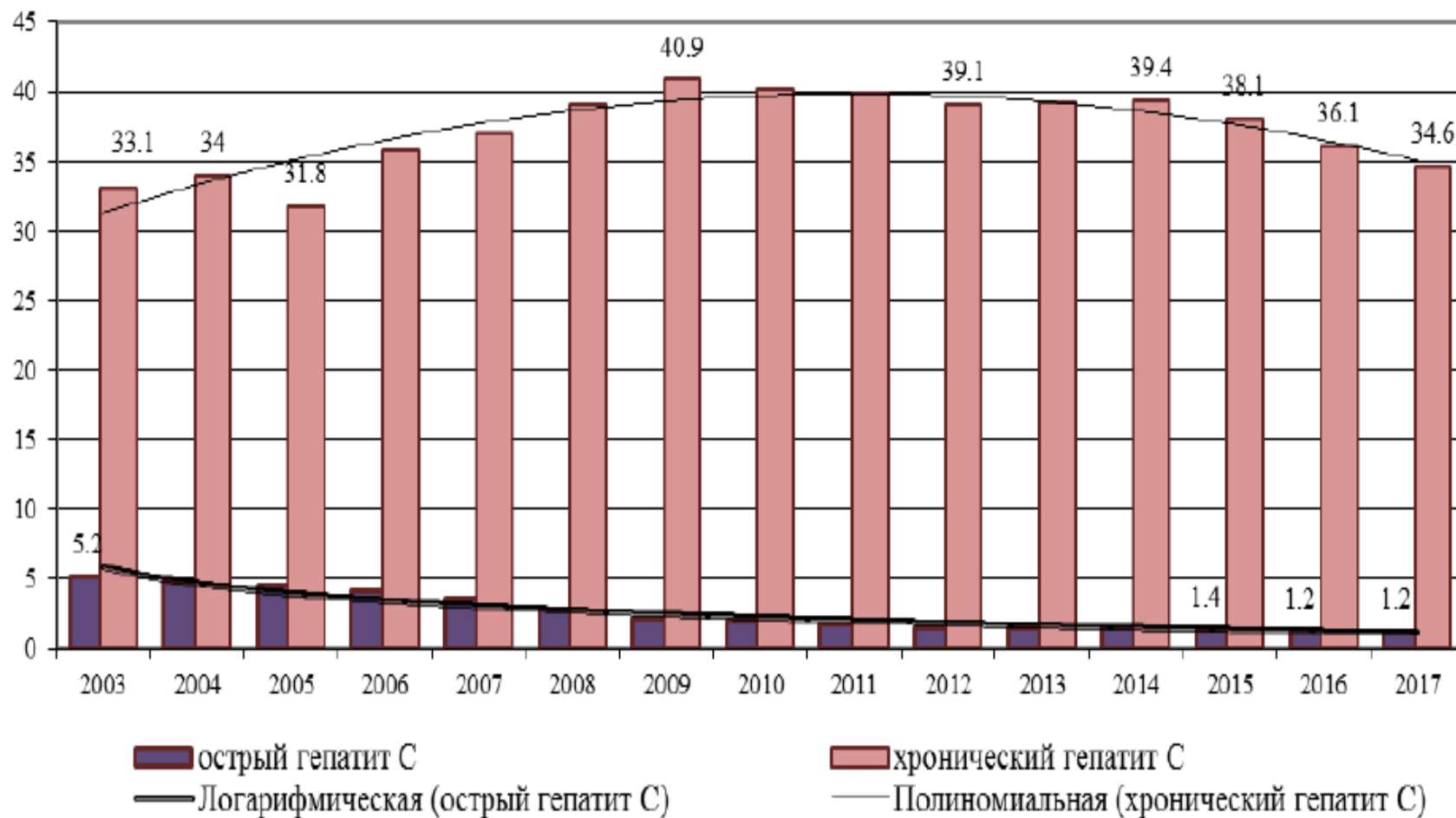
Динамика заболеваемости населения России острым гепатитом В, хроническим гепатитом В и носительства вируса гепатита В, на 100 тыс. населения

Парентеральные гепатиты



Динамика заболеваемости населения России острым гепатитом В, хроническим гепатитом В, носительства вируса гепатита В (на 100 тыс. населения) и охват населения иммунизацией

Парентеральные гепатиты



Динамика заболеваемости населения России острым гепатитом С и хроническим гепатитом С, на 100 тыс. населения

Острый гепатит В.

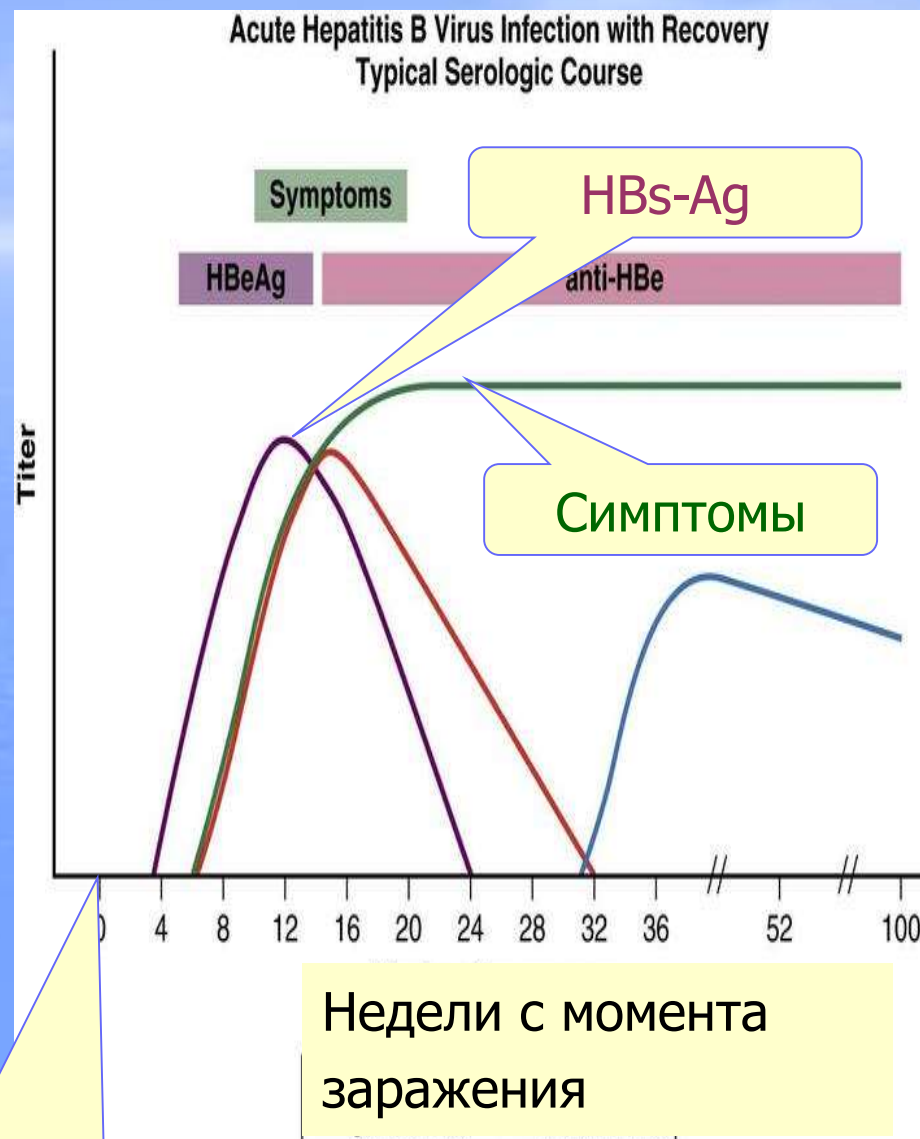
Клиника

Инкубационный период – 60-180 дней (обычно 2-4 месяца).

Начальный (преджелтушный) период – от нескольких часов до 2 недель (в среднем — 5 дней):

- увеличение размеров и болезненность печени при пальпации,
- повышенной активности в крови печёночных ферментов.

В конце периода появляется резкое потемнение мочи и обесцвечивание кала (за 1-2 дня до появления желтухи).



Момент заражения

Клиника острого гепатита В

Желтушный период – около месяца.

Постепенное нарастание интенсивности желтухи, усиление симптомов интоксикации и диспепсических явлений, болевого синдрома в животе,

появлением ваготонии — брадикардия, снижение артериального кровяного давления.

Возможно появление пятнисто-папулезной сыпи, болей в суставах.

Восстановительный период продолжается 2-15 месяцев.



Клиника гепатита В



Кровоизлияния в местах инъекций



Гепатит В, тяжелая форма, яркая желтуха. Окрашивание пеленки темной мочой. Кровоизлияния в местах инъекций

Яркая желтуха,
окрашивание пелёнки
тёмной мочой

Классификация гепатита В по тяжести

Лёгкая форма:

- слабо выраженные явления интоксикации,
- стойкость и интенсивность желтухи незначительны,
- белково-синтетическая функция печени без существенных отклонений,
- повышение уровня АлАТ и АсАТ.

Средне-тяжёлая форма:

- умеренная интоксикация,
- показатели белково-синтетической функции без существенных отклонений за исключением протромбинового времени.

Тяжёлая форма:

- нарастание симптомов интоксикации (вплоть до развития острой печеночной энцефалопатии),
- геморрагический синдром,
- выраженные отклонения биохимических показателей (АлАТ, АсАТ, билирубин)

Тяжёлая форма гепатита В – **на первом году жизни и у подростков-наркоманов (токсикоманов).**

Появление судорог, токсического дыхания, печеночного запаха с уменьшением размеров печени — **предвестник прекомы.**



Гепатит. Прекоматозное состояние.

Прекома — состояние, при котором наряду с приступами психомоторного возбуждения, тремором, судорожными подергиваниями в отдельных мышечных группах, судорогами периодически возникает спутанное сознание, адинамия, сонливость.

Длительность прекоматозного состояния от нескольких часов до нескольких дней.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С

Эпидемиологические особенности

Наиболее часто встречается у наркоманов, использующих наркотики парентерально.

В настоящее время это одна из самых многочисленных и эпидемиологически значимых групп риска инфицирования гепатитом С.

В разных регионах России обнаружение антител к вирусу гепатита С (анти-HCV) среди пользователей внутривенных наркотиков составляет 75-83%.

Передача возбудителя в быту при гетеро- и гомосексуальных контактах, от инфицированной матери к новорожденному может иметь место, но реализуется значительно реже, чем при гепатите В.



ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С

Клиника

Инкубационный период составляет от 2 до 26 недель (в среднем - 6-8 недель).

В течении гепатита С выделяют:

- острую стадию;
- хроническую стадию.

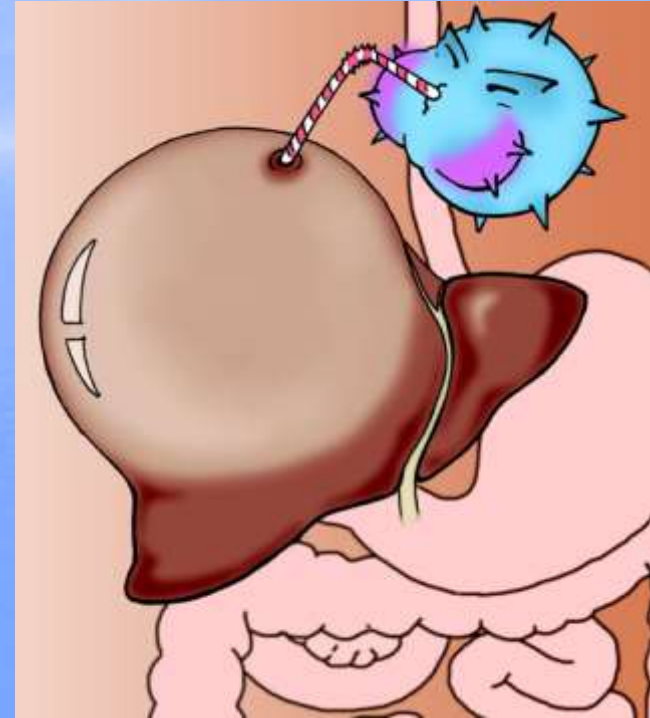
Манифестное течение острой стадии ГС наблюдается лишь в 10-20% случаев.

Обычно острая стадия протекает в бессимптомной форме.

Диагноз может быть установлен методом ПЦР при наличии серьезных эпидемиологических предпосылок.

Острая стадия **может закончиться выздоровлением** со стабильным исчезновением вируса.

У большинства больных (в 75-80%) развивается хроническая стадия.



Хроническая стадия вирусного гепатита С

Хроническая стадия включает две фазы: латентную и реактивации.

Латентная фаза чаще всего предшествует фазе реактивации.

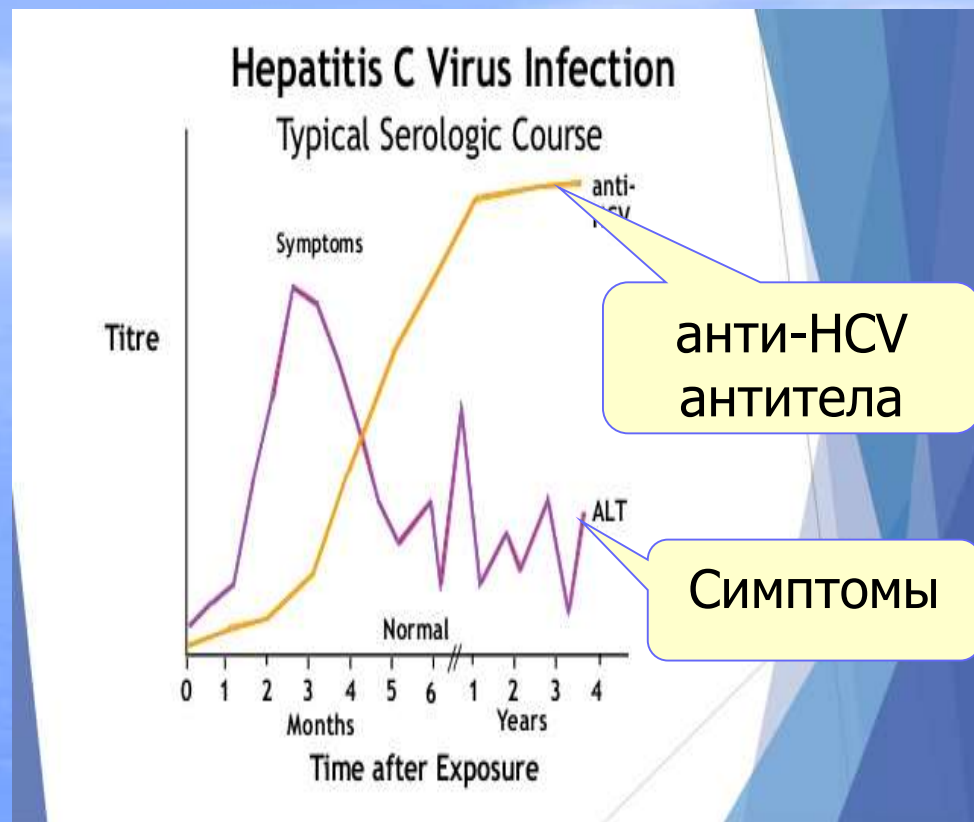
Продолжительность латентной фазы составляет 10-20 лет. В этот период симптомы хронического гепатита отсутствуют.

В крови больных обнаруживают анти-HCV антитела и периодически вирусную РНК.

Фаза реактивации обусловлена размножением вируса.

У больных отмечают:

- признаки астеновегетативного синдрома, нередко субфебрилитет,
- гепатоспленомегалия,
- повторные, умеренно выраженные изменения клинко-биохимических показателей.



Хроническая стадия вирусного гепатита С

Диагностика основана на обнаружении антител, а также РНК (HCV-RNA) методом ПЦР.

Исход: у носителей HCV возможно развитие хронического гепатита, фиброза печени, цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы.



Гепатит D.

Вызывается дельта-вирусом. Гепатит D **возможен только у больных гепатитом В или носителей HBsAg.**

Сочетанная острая В- и дельта-инфекция встречается у 16,7% детей с острым гепатитом В.

При этом среди больных **с легкой формой болезни** ко-инфекция гепатита В и дельта документирована в 23%,

при среднетяжелой форме — в 18%,

тяжелой — 17%,

злокачественной — 54%.

Клиническая картина неотличима от гепатита В.

Дельта-суперинфекция при наложении на хроническую HB-вирусную инфекцию или HBsAg-носительство проявляется как клиника острого гепатита.

Лечение парентеральных гепатитов

Цели лечения:

- купирование клинических проявлений;
- снижения объёма разрушения клеток печени;
- улучшение обмена веществ в печени;
- купирование холестаза;
- обеспечение ежедневного опорожнения кишечника.

Компоненты комплексного лечения:

- Этиотропная терапия;
- Патогенетическая терапия;
- Симптоматическая терапия.

Основой тактики лечения является **охранительный режим печени:**

- режим,
- диета,
- ограничение применения лекарственных препаратов.

Общие рекомендации по лечению и уходу при парентеральных гепатитах

1. Обязательная госпитализация
2. Режим постельный, полупостельный.
3. Диета – щадящая, стол 5а, 5щ, 5л/ж, 5п по Певзнеру
- 4. Уход за пациентом:**
 - Постельный режим в течение периода интоксикации.
 - Текущая дезинфекция.
 - Использование индивидуальных и одноразовых средств по уходу.
 - Гигиеническая обработка глаз, слизистых полости рта, половых пациента не менее 2-х раз в день.

Уход за пациентом с тяжёлой формой гепатита:

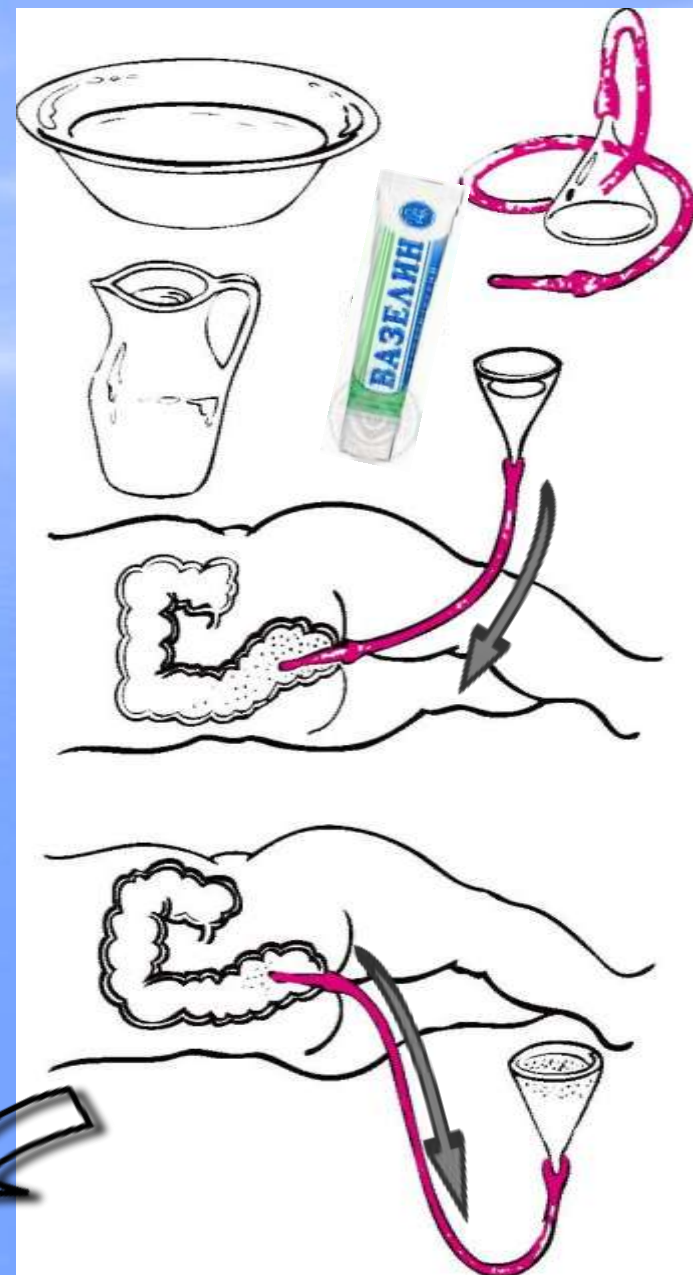
- Регулярные переворачивания.
- Обтирание кожи для профилактики пролежней.
- Туалет полости рта.
- Контроль и промывание катетеров.

Предупреждение кишечной аутоинтоксикации при тяжёлых гепатитах

- углеводистая диета;
- повторные промывания желудка;
- высокие очистительные клизмы (через 12 часов);

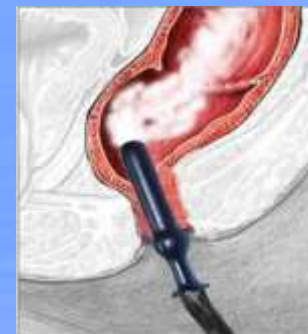
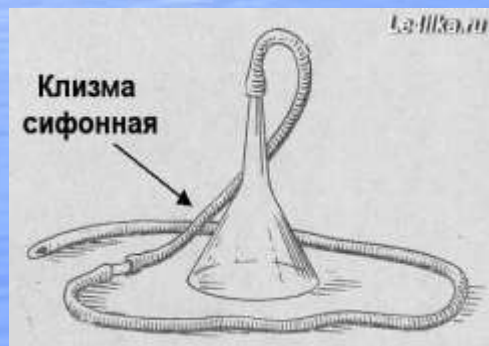
Глубина введения наконечника в прямую кишку зависит от возраста и варьирует от 2-3 см новорожденному до 10-12 см взрослому.

Объем жидкости для единовременного введения также зависит от возраста и варьирует от 100 мл новорожденному до 1200-1500 мл взрослому.



Количество воды, необходимое для очищения кишечника

Возраст	Очистительная клизма	Сифонная клизма
1-2 мес	30-40 мл	800-1000 мл
2-5 мес	60 мл	
6—9 мес	100-120 мл	1-1,5 л
9-12 мес	200 мл	1-1,5л
2-5 лет	300 мл	2-5 л
6-10 лет	400-500 мл	5-8 л
Взрослый	1,2-1,5 л	



Количество воды, используемое для промывания желудка у детей разного возраста

Возраст	Количество воды (мл)	
	Одномоментное введение	Полное промывание
Новорожденные	15-20	200
1-2 мес	60-90	300
3-4 мес	90-100	500
5-6 мес	100-110	<1 л
7-8 мес	110-120	<1 л
9-12 мес	120-150	<1 л
2-3 года	200-250	1,0-2,0 л
4-5 лет	300-350	2,0-3,0 л
6-7 лет	350-400	3,0-4,0 л
8-11 лет	400-450	4,0-5,0 л
12-15 лет	450-500	4,0-5,0 л

Методы немедикаментозного лечения

- Аэрация помещения.
- Физические методы снижения температуры;
- Физиотерапевтические методы лечения:
 - прием минеральной воды,
 - электрофорез лекарственных препаратов,
 - воздействие переменным магнитным полем,
 - воздействие поляризованным светом.
- Плазмаферез.

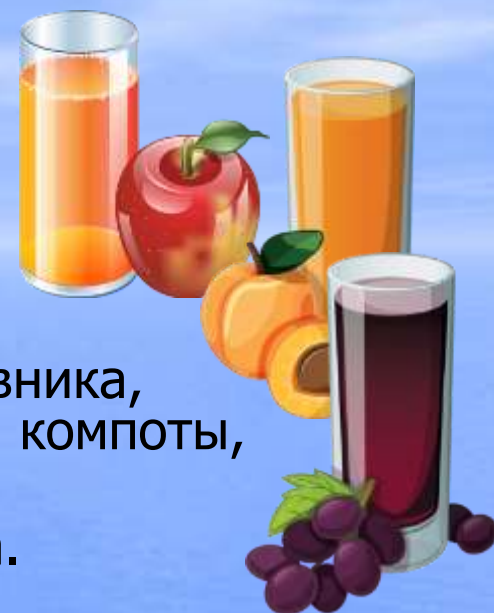


Лечение парентеральных гепатитов в зависимости от тяжести

Лёгкая форма

Базисная терапия:

- полупостельный режим,
- диета (стол № 5 по М.И. Певзнеру),
- обильное питье (некрепко заваренный чай с молоком, медом, вареньем, а также отвар шиповника, свежеприготовленные фруктовые и ягодные соки, компоты, щелочные минеральные воды),
- меры для ежедневного опорожнения кишечника.



Среднетяжёлая форма

Базисная терапия.

При нарастании симптомов интоксикации – инфузионно-дезинтоксикационная терапия.

Тяжёлая форма гепатита без комы

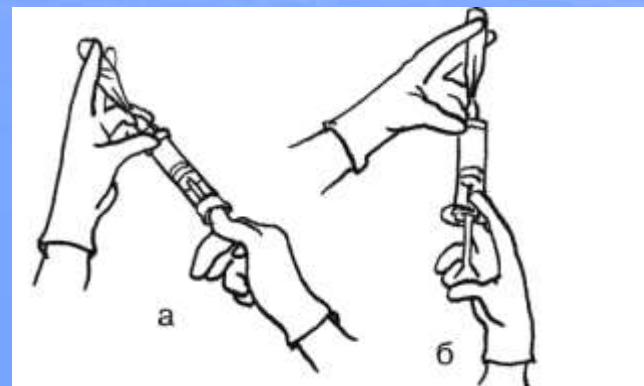
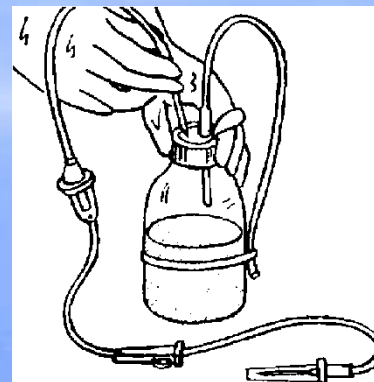
Интенсивная, систематическая дезинтоксикационная терапия.

Комплексная медикаментозная и немедикаментозная терапия

Лечение парентеральных гепатитов.

Тяжёлая форма гепатита с печёночной комой

- Повторные сеансы плазмафереза.
- Переливание свежезамороженной плазмы и раствора альбумина - с целью коррекции дефицита факторов свёртываемости и метаболических нарушений.
- Ферменты-ингибиторы протеаз (гордокс, контрикал) — для уменьшения некроза гепатоцитов.
- Мочегонные — с целью уменьшения отёка и набухания клеток головного мозга.
- Антибиотики широкого спектра действия — для профилактики осложнений, обусловленных бактериальной флорой (пневмония, пиелонефрит, сепсис).



Диспансерное наблюдение при вирусных гепатитах В, дельта-инфекции, С и др.:

1. Все реконвалесценты обследуются амбулаторно при стационаре, в котором находились на лечении, в течение всего периода наблюдения.

2. Дети, у которых клинико-лабораторные показатели при 1 обследовании нормальны, далее обследуются через 3, 6, 9 и 12 мес.

3. Дети с измененными клинико-лабораторными показателями обследуются 1 раз в месяц до их нормализации.

4. Дети со значительными или нарастающими изменениями, обострениями заболевания повторно госпитализируются.

1. Снятие с учета через 12 мес. после выписки из стационара при нормализации всех клинико-биохимических параметров.

2. При сохраняющихся изменениях клинико-лабораторных показателей наблюдение продолжается до их нормализации независимо от календарных сроков – то же, что при гепатите А.

Противоэпидемические мероприятия в домашних очагах острого вирусного гепатита В и С

1. Медицинское наблюдение

В очагах **острых гепатитов В, С** за лицами, общавшимися с больным, устанавливается наблюдение сроком **на 6 месяцев** с момента госпитализации больного.

Осмотр врачом проводится 1 раз в 2 месяца.

Контактные в очагах **хронических гепатитов В, С** подлежат медицинскому осмотру и медицинскому наблюдению в **течение срока существования очага.**

2. Лабораторное обследование:

Контактным в очагах острого гепатита В: 1 раз в 2 мес. проводится обследование на HBsAg, анти-HBs, определяется активность АлАТ.

Лица, у которых при первом обследовании выявлены анти-HBs в защитной концентрации, дальнейшему обследованию не подлежат.

Контактным лицам в очагах острого гепатита С проводится обследование на анти-ВГС антитела, активность АлАТ.

3. Экстренная вакцинация

Проведение **иммунизации против гепатита В** контактных с больным острым и хроническим гепатитом В, "носителем" HBsAg, не привитых ранее или с неизвестным прививочным анамнезом

Противоэпидемические мероприятия в детских учреждениях и медорганизациях

Каждый случай внутрибольничного инфицирования парентеральным гепатитом подлежит обязательному расследованию с привлечением виновных к дисциплинарной или административной ответственности.

При возникновении острого гепатита В, выявлении больного хроническим гепатитом В в детских коллективах и учебных заведениях их регистрируют и обязательно госпитализируют.

Вопрос о госпитализации выявленных "носителей" HBsAg решается по результатам предварительного обследования у специалистов-гепатологов.



Противоэпидемические мероприятия в детском учреждении

- Заключительная и текущая дезинфекция, строгий контроль режима обработки медицинских инструментов, применение одноразового инструментария.
- Усиление санитарно - противоэпидемического режима с особым контролем за индивидуальным использованием предметов личной гигиены (зубные щетки, полотенца, носовые платки и т. д.).
- Игрушки, которые дети берут в рот, закрепляют индивидуально и ежедневно дезинфицируют.
- Прекращение проведения профилактических прививок и постановки биологических проб на срок, определенный эпидемиологом и медицинским работником учреждения.
- Вакцинация против гепатита В по решению эпидемиолога совместно с врачом учреждения.



Медицинское наблюдение за контактными детьми и персоналом учреждения

- В течение 6 месяцев с врачебным осмотром **сразу после изоляции** источника, а **затем ежемесячно** или в сроки по усмотрению эпидемиолога.
- Лабораторное обследование детей и персонала в очаге на наличие HBsAg и активность АлАТ сразу после регистрации больного, далее в сроки, определенные эпидемиологом. **Обследование организует и проводит территориальная поликлиника** при консультации эпидемиолога.
- Сообщение в поликлинику по месту жительства о детях, изолированных из группы с подозрением на гепатит, а также носителях вируса.
- В период карантина прием в группу детей, перенесших какие-либо острые заболевания или обострения хронических заболеваний, при предъявлении справки от врача о состоянии здоровья и отрицательного результата обследования на HBsAg и активность АлАТ.
- Решение вопроса о формировании специализированных групп для детей-носителей вируса и больных хроническими формами ГВ.

Первичная профилактика парентеральных гепатитов

- вакцинация против гепатита В (вакцина против гепатита С не разработана);
- воздержание от необоснованных инвазивных медицинских и немедицинских манипуляций, употребления наркотиков, беспорядочных незащищенных половых связей;
- соблюдение техники безопасности медицинскими работниками;
- тщательный контроль донорской крови для профилактики заражения при гемотрансфузиях;
- соблюдение мер личной гигиены для исключения контактно-бытового пути передачи инфекции;
- соблюдение режима и диеты для профилактики осложнений;
- санитарно-просветительная работа с населением о путях передачи вирусов парентеральных гепатитов.



ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

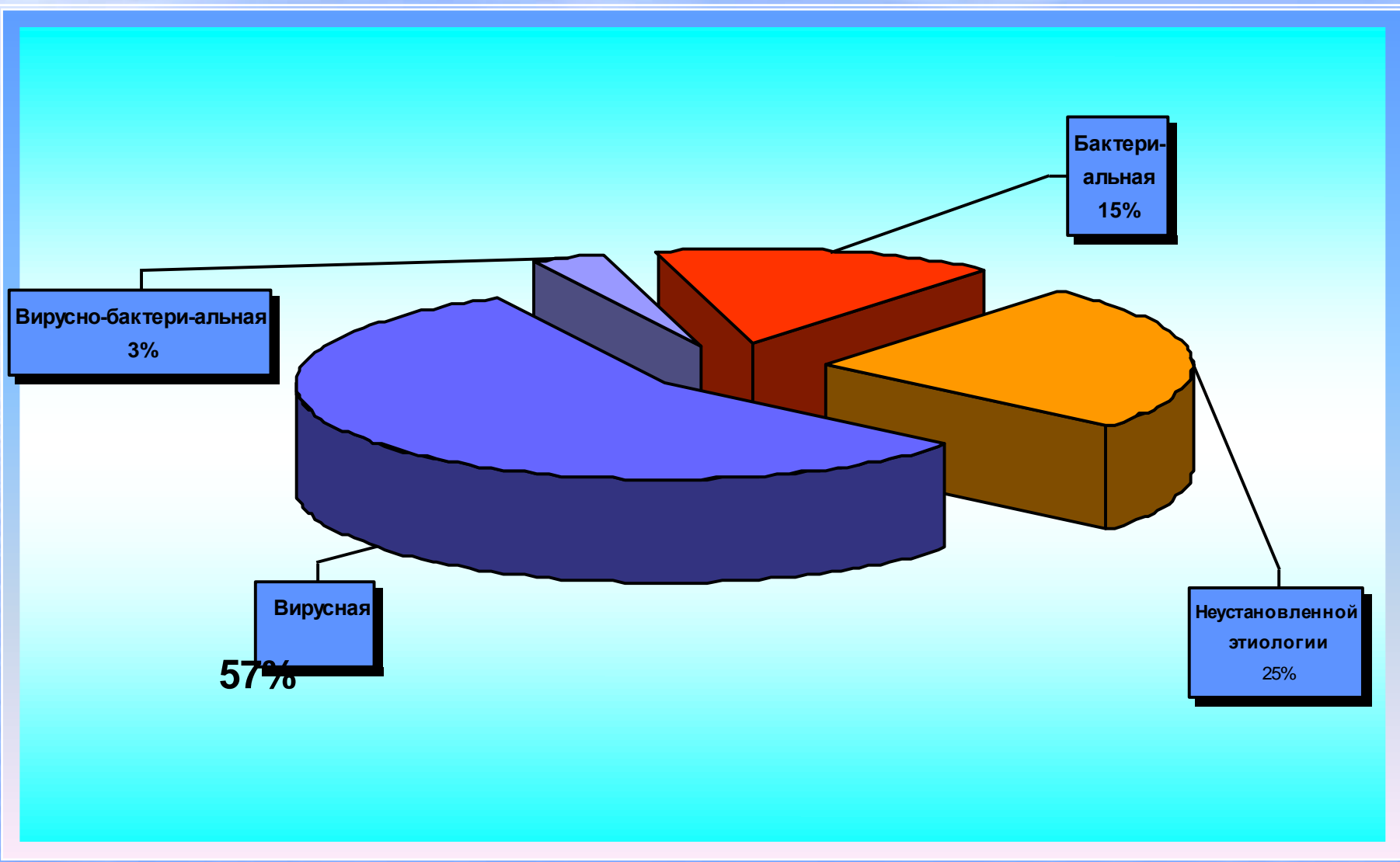
Острая кишечная инфекция — острое расстройство пищеварения, вызванное различными микроорганизмами, передающимися преимущественно контактно-бытовым, водным или пищевым путем, проявляющееся у детей синдромами:

- интоксикации;
- гастроэнтероколита;
- обезвоживания.

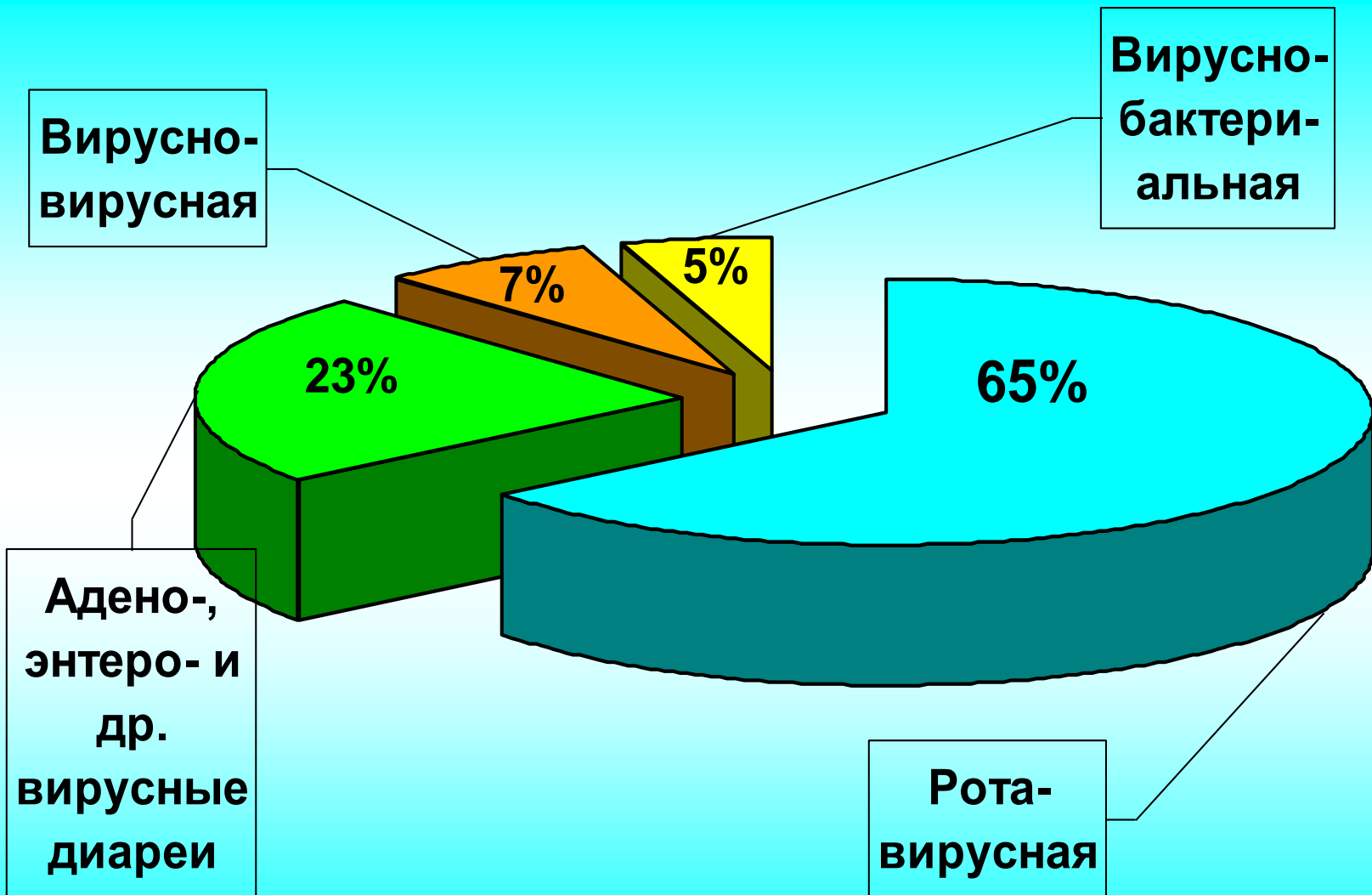
Ежегодно в РФ регистрируется около 500 вспышек ОКИ (данные Роспотребнадзора).

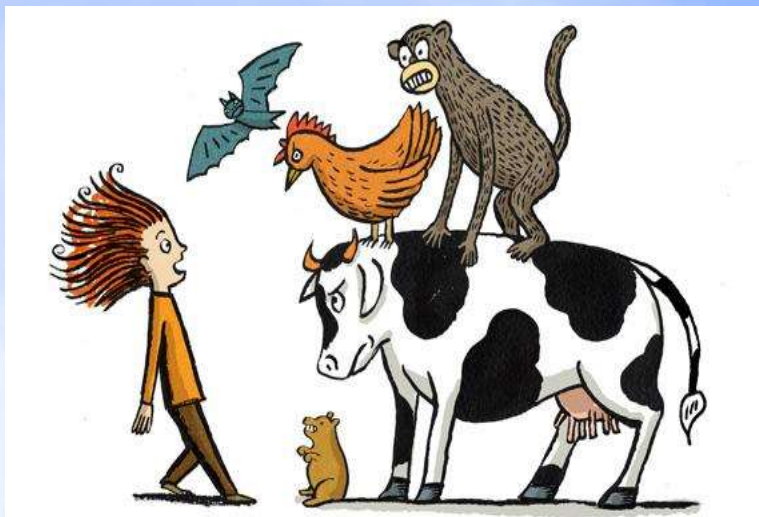


ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ (ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, г. Москва)



ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА **ВИРУСНЫХ** ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ (ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского г. Москва)

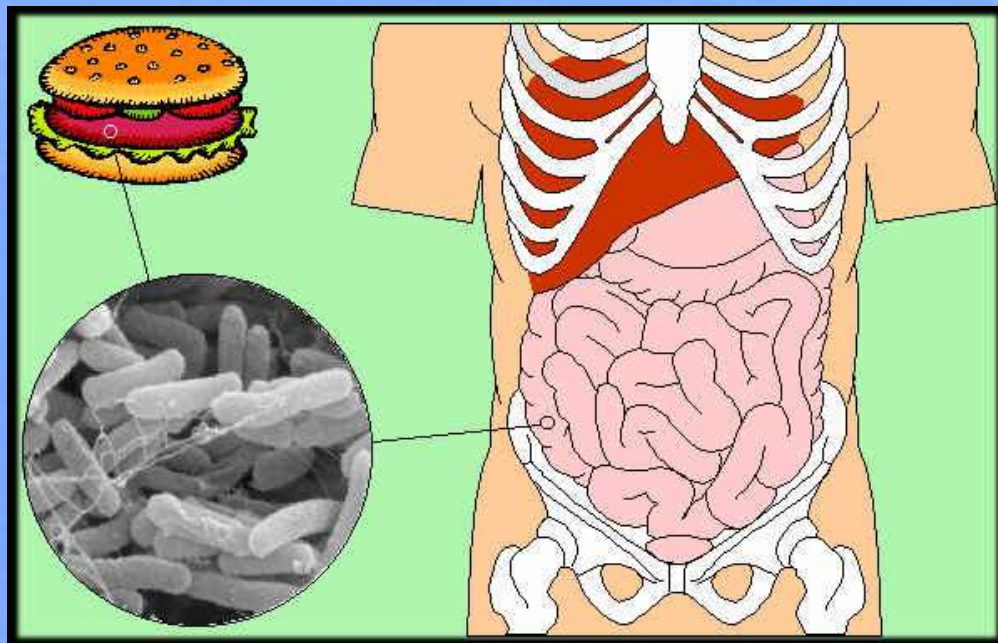




Источник кишечной инфекции – больной человек, бактерио- и вирусоносители.

При некоторых кишечных инфекциях – **сельскохозяйственные животные и птицы, а также грызуны** (сальмонеллёз, иерсиниоз).

Основной путь передачи инфекции – фекально-оральный: через пищу, воду, предметы ухода и игрушки.



Патогенез кишечных инфекций

Механизм развития диареи:

- повреждение кишечного эпителия, нарушение всасывания (инвазивный);
- продукция патогенными микроорганизмами токсинов, которые увеличивают выделение слизи в просвет кишечника солей и воды (секреторный);
- нарушение всасывания из кишечника дисахаридов, повышенная их концентрация в полости кишечника (осмотический).



Механизм развития обезвоживания

Большие потери жидкости у детей раннего возраста.

Причины:

- рвота и диарея;
- большое испарение с кожи, большая поверхность тела на 1 кг массы тела (у новорожденного на 1 кг приходится $0,07 \text{ м}^2$, а у взрослого $0,02 \text{ м}^2$ поверхности тела);
- большая частота дыхания и большее испарение из легких;
- низкая концентрационная функция и меньшая реабсорбционная функция почек.

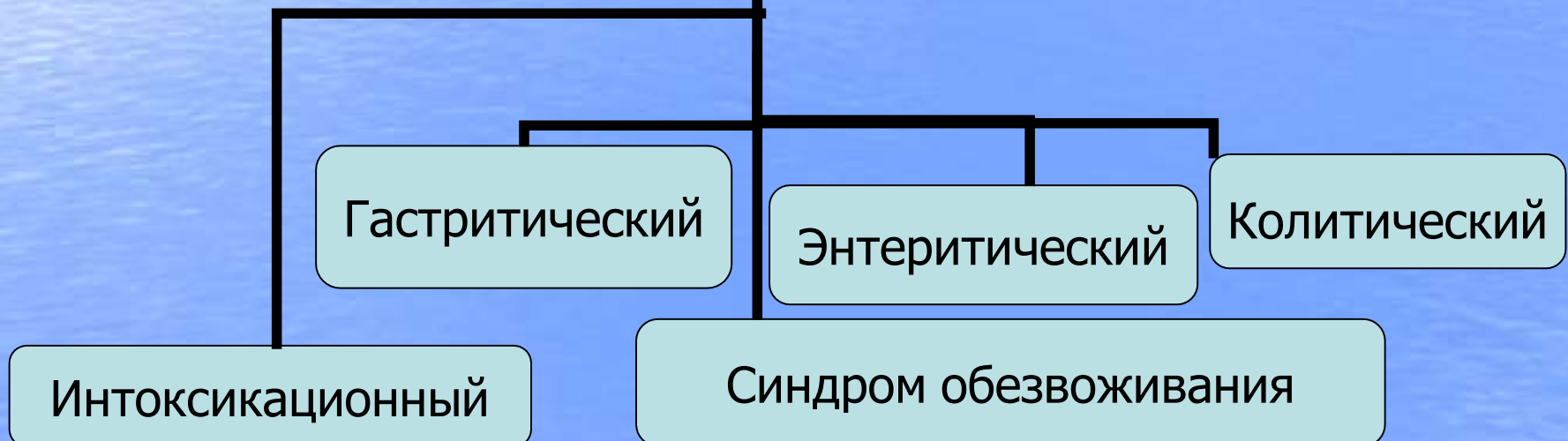


Клиническая картина



Инкубационный период от нескольких часов до 7 дней.

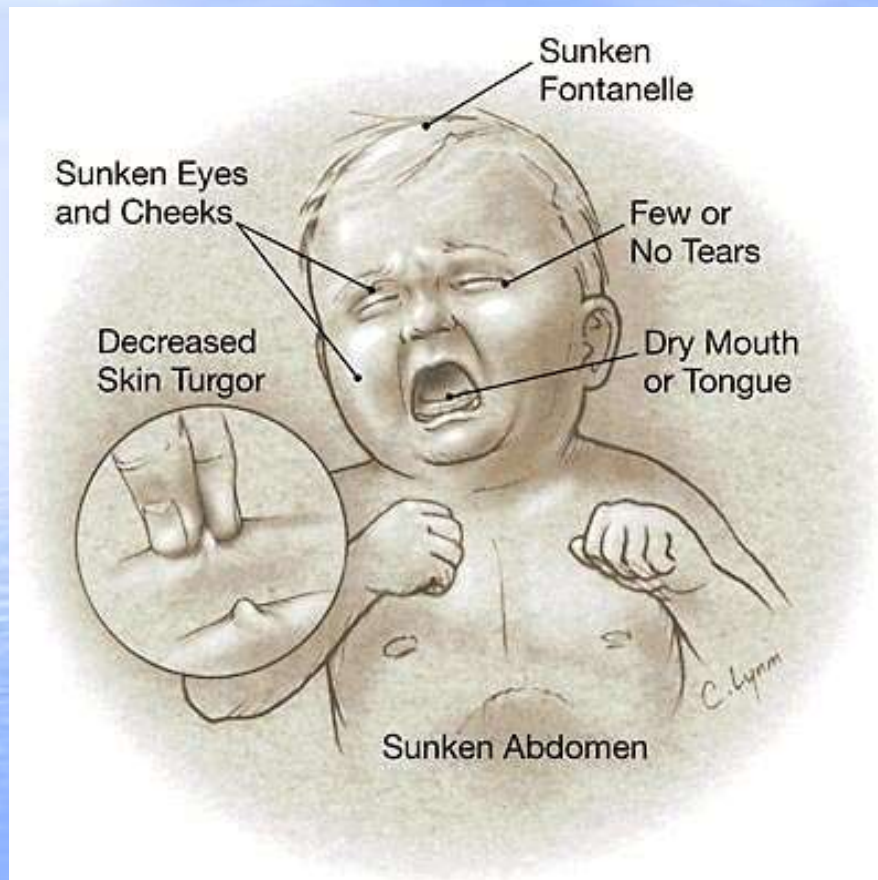
Основные
синдромы при
острых кишечных
инфекциях



Клинические признаки дегидратации у детей

Клинические признаки	Степень дегидратации		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Сознание	Норма	Нарушено	Кома
Цвет кожных покровов	Бледные	Серые	Мраморные с явлениями нарушения микроциркуляции
Большой родничок	Ровный	Втянут	Запавший
Слизистые	Суховатые	Очень сухие	Потрескавшиеся
Тургор кожи	Несколько снижен	Значительно снижен	Кожная складка не расправляется
ЧСС	Норма или умеренная тахикардия	Тахикардия	Выраженная тахикардия
АД	Норма	Норма	Артериальная гипотензия
Диурез	Снижен	Олигурия	Анурия
Потеря массы тела	5%	10%	15%

Признаки обезвоживания



Сальмонеллез

Этиология.

Выделяют более 700 серотипов сальмонелл, поражающих человека.



Сальмонеллы устойчивы во внешней среде. В некоторых продуктах (молоко, мясо) сальмонеллы могут даже размножаться. Низкую температуру переносят хорошо, при высокой погибают мгновенно.

Сальмонеллы способны продуцировать токсины (термолабильные и термостабильные):

- усиливающие секрецию жидкости и солей в просвет кишки;
- нарушающие обменные процессы в клетках слизистой оболочки кишечника и воздействующие на мембраны клеток;
- вызывающие развитие интоксикационного синдрома.

Многие штаммы устойчивы к антибиотикам.

Эпидемиология

Источник инфекции — человек (больной или бактерионоситель), домашние животные и птицы, рыбы, грызуны.

Пути заражения:

пищевой, водный и контактно-бытовой.

Инкубационный период:

колеблется от нескольких часов до 2-3 суток при пищевом пути заражения и удлиняется до 6 суток при контактно-бытовом инфицировании.

Клиника



Характерно сочетание симптомов:

1) **Инттоксикация** (фебрильная температура, вялость, бледность, цианоз носогубного треугольника, снижение аппетита, тахикардия)

2) **Поражение желудочно кишечного тракта** (чаще по типу энтероколита и гастроэнтероколита, реже – энтерита).

Рвота отмечается у половины больных, она может появляться как с первого дня болезни, так и присоединяться позже, а у трети больных носит упорный характер.

Стул обильный, жидкий, каловый, буро зеленого цвета (**типа «болотной тины»**), с примесью слизи и зелени,

Частыми проявлениями также являются синдром водянистой диареи, метеоризм, увеличение печени и селезенки.

Частота рвоты и дефекации может быть различной, однако для оценки степени обезвоженности большее значение имеет не частота, а количество выделенной жидкости.

Дизентерия

Дизентерия бактериальная – острое заболевание, вызываемое различными видами шигелл.

Характеризуется симптомами общей интоксикации и поражением толстого кишечника, преимущественно дистального его отдела.

В отдельных случаях заболевание может переходить в хронические формы.



Этиология

Возбудителями дизентерии являются группа микроорганизмов рода шигелл.

Различают следующие виды шигелл: Григорьева Шига, Штутцера Шмитца, Ларджа Сакса, Флекснера (с подвидами Ньюкастл и Бойд), Зонне. До середины 30 х гг. наибольший вес имела дизентерия Григорьева-Шига (50–80 %), то с 40 х гг. преобладающей стала дизентерия Флекснера, которая в Европе составляла 60–80 %. С 60 х гг. в Европе отмечается постепенное увеличение частоты дизентерии Зонне.

Во внешней среде дизентерийные микробы **сохраняются до 30–40 дней и более.**

Малоустойчивы к прямому солнечному свету, высокой температуре и дезинфицирующим растворам.

В последние годы отмечается **возрастание резистентности микробов к антибиотикам**, а по отношению к сульфаниламидным препаратам резистентно большинство выделенных штаммов шигелл.

Эпидемиология

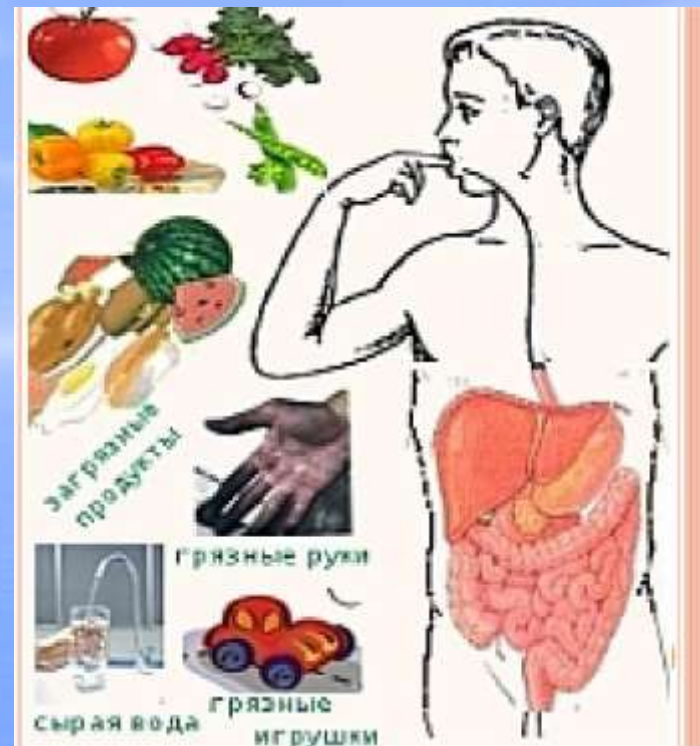
Резервуаром и источником инфекции является только человек — больной острой и хронической дизентерией, а также реконвалесцент.

Большую эпидемиологическую опасность представляют больные легкими и стертыми формами острой дизентерии.

Механизм передачи инфекции фекально-оральный.

В передаче инфекции имеют большое значение пищевой и водный пути, грязные руки.

Определенную роль в передаче инфекции играют мухи.

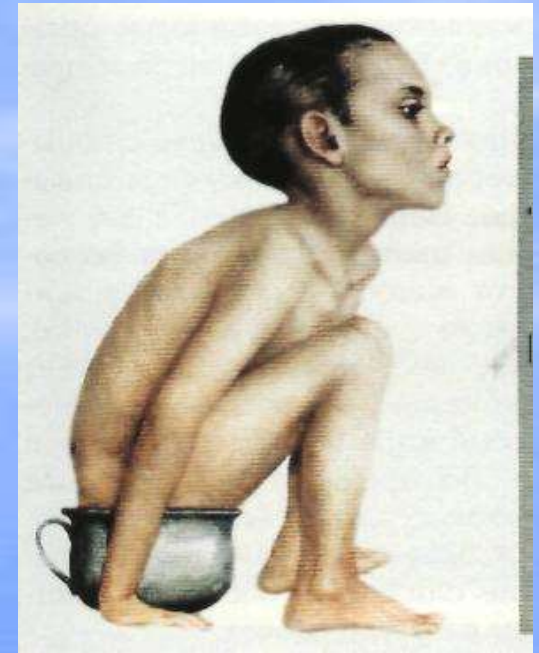


Клиника

Инкубационный период длится от 1 до 7 дней (чаще 2–3 дня).

Общее состояние: недомогание, слабость, чувство дискомфорта в животе, температура достигает 38–39°C и держится 2–3 дня.

Отмечаются схваткообразные боли в животе, преимущественно в низу живота и левой подвздошной области, появляются **тенезмы** (ложные позывы к дефекации).



Стул сначала калового характера, постепенно объем каловых масс уменьшается, они становятся скудными, появляется примесь слизи и крови, но частота дефекации нарастает. В разгар заболевания стул теряет каловый характер и имеет вид так называемого **ректального плевка**, т. е. состоит лишь из скудного количества слизи и крови.

Частота стула колеблется от 10–15 до 20–25 раз в сутки и может нарастать в течение 1–2 суток.

Полное функциональное и морфологическое восстановление кишечника может затягиваться до 2–3 месяцев.

Длительное течение заболевания часто приводит к развитию дистрофии (особенно при дизентерии Флекснера).



Истощение вследствие рвоты и поноса

Диагностика острых кишечных инфекций (ОКИ)

- эпидемиологические данные;
- сбор анамнеза заболевания;
- внимательный осмотр больного и его стула;
- клинико-лабораторные исследования (копрограмма, общий анализ крови);
- бактериологические исследования (посев фекалий во всех случаях, при высокой лихорадке дольше 3 дней — посев крови);
- серологические данные (с конца второй недели от начала кишечных инфекций).

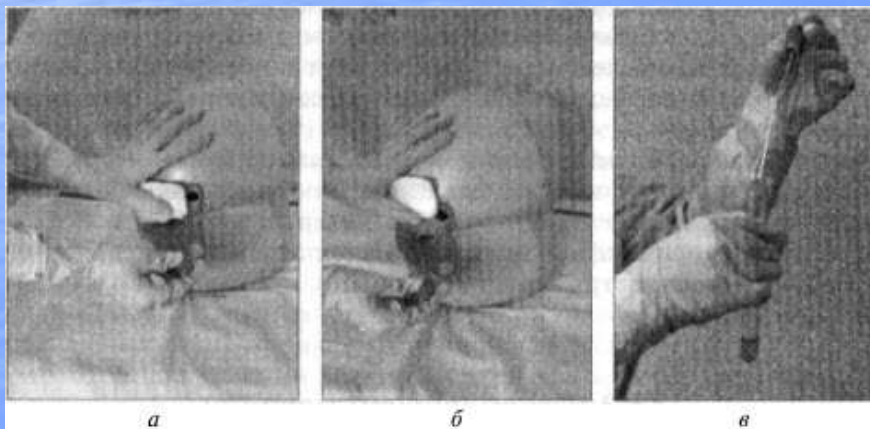


Техника взятия кала на бактериологическое исследование

Медицинская сестра должна работать в перчатках.

1. Пациента просят лечь на бок с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами.
2. Осторожно извлекают из пробирки петлю.
3. Лево́й рукой разводят ягодицы и вводят петлю вращательными движениями в прямую кишку, стараясь снять со стенки прямой кишки ее содержимое. Извлекают петлю.
4. Не касаясь окружающих предметов и наружных стенок пробирки, осторожно опускают петлю в пробирку с консервантом.
5. Закрепляют направление на пробирке. Доставляют пробирку в бактериологическую лабораторию.

Кал на бактериологическое исследование можно взять сразу же после дефекации из судна также петлей в пробирку.



а - разведение ягодиц пациента;

б - введение петли с тампоном в прямую кишку;

в - опускание петли в пробирку с консервантом.

Лечение кишечных инфекций



Регидра
тация

ЭНТЕРОСОРБЕ
НТЫ

ДИЕТА

ПРОБИОТИ
КИ,
ПРЕБИОТИ
КИ

Принципы
терапии
детей с
кишечной
инфекцией

ФЕРМЕНТ
Ы

ИММУНОТРОПН
ЫЕ СРЕДСТВА

ПРОТИВОВИРУСНА
Я ИЛИ
АНТИБАКТЕРИАЛЬ
НАЯ ТЕРАПИЯ,
БАКТЕРИОФАГИ

ДИЕТОТЕРАПИЯ ОКИ

Правила диетотерапии ОКИ



- пища должна быть механически и химически щадящей, легкоусвояемой, разнообразной по вкусу;
- кулинарная обработка: пища готовится на пару, отваривается, протирается, пюрируется;
- ограничение в рационе жиров, углеводов, поваренной соли и калорий;
- введение достаточного количества белка;
- включение в диеты низко- и безлактозных продуктов и кисломолочных продуктов, обогащенных бифидо- и лактобактериями;
- снижение объема пищи в первые дни болезни на 15–20% (при тяжелых формах до 50%) от физиологической потребности;
- достаточный объём жидкости;
- употребление пищи в теплом виде (33–38 ° С) в 5–6 приемов.

Регидратация



Ионные (солевые) растворы

Электролиты не всасываются без добавления глюкозы (сахарозы); растворы, не содержащие углеводов, лишь усиливают диарею, действуя как обычное солевое слабительное.

Это относится и к использованию внутрь ионных растворов, предназначенных для внутривенного введения (трисоль, ацесоль, лактосоль, хлосоль, квартасоль и др.) без добавления глюкозы.

Для пероральной регидратации наиболее удобны официальные препараты – Регидрон, Оралит, Гастролит, представляющие собой смеси всех четырех компонентов (К, Na, гидрокарбонат, глюкоза) с некоторыми добавками, которые разводят непосредственно перед употреблением в 1 л свежеекипяченной воды.

Отвары злаковых (рис, кукуруза), моркови тоже используют для регидратации.

Регидратация

Согласно рекомендациям ВОЗ, оптимальным составом растворов для оральной регидратации являются растворы следующего состава:

- натрий – 60-75 ммоль/л (2,5г/л);
- калий – 20 ммоль/л (1,5 г/л); *иногда используют апельсиновый сок (стакан апельсинового сока содержит 1,5 г калия)*
- бикарбонаты (цитрат натрия) – 10 ммоль/л (2,9 г/л)
- глюкоза – 75 ммоль/л (13,5 г/л).



Уход при рвоте

- положение ребенка — сидячее;
 - маленьких детей держат на руках, опустив голову ребенка вниз;
 - если больной в тяжелом состоянии — голову повернуть набок ниже туловища;
- успокоить ребенка;
- после рвоты:
 - малышу раннего возраста, тяжелому больному протереть слизистую ротовой полости салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором слабой концентрации или обычной теплой водой;
 - старший ребенок должен сам прополоскать рот;
- соблюдение правил гигиены;
- обязательно определить количество рвотных масс;
- оставить рвотные массы для осмотра врачом, по назначению отправить в лабораторию для анализа.



Уход при поносе

- соблюдать правила гигиены,
- по назначению врача ставить очистительную КЛИЗМУ,
- посчитать частоту выделений стула,
- определить количество выделенной массы и записать в истории болезни,
- оставить испражнения для осмотра врачом, по назначению которого отправить в лабораторию на анализ,
- следить за питанием больного.

При диспептических расстройствах назначается диета и питьё (чай, раствор глюкозы, рисовый отвар, специальные лекарственные напитки).

Часы приема и объем пищи могут значительно отличаться от обычных правил.

Медсестра, особенно если ребенок находится в больнице без матери, должна придерживаться всех правил кормления, записывать данные в медицинской документации и о любом нарушении сообщить врачу;

Основные критерии выздоровления:

- нормализация температуры тела;
- отсутствие симптомов интоксикации;
- нормализация стула в течение 2—3 дней после окончания лечения;
- нормализация копрограммы;
- отрицательные результаты бакпосевов.



Диспансеризация (СП 3.1.1.3108-13 Профилактика острых кишечных инфекций)

- Лица из числа декретированного контингента, переболевшие ОКИ и являющиеся носителями возбудителей ОКИ, **подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца** с клиническим осмотром и лабораторным обследованием, проведенным в конце наблюдения.

- **Переболевшие ОКИ дети и подростки, посещающие детские дошкольные организации, школы-интернаты, летние оздоровительные организации и другие типы закрытых учреждений с круглосуточным пребыванием, подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца** после выздоровления с **ежедневным медицинским осмотром**.

Лабораторное обследование назначается по показаниям (наличие дисфункций кишечника в период проведения диспансерного наблюдения, снижение массы тела, неудовлетворительное общее состояние).

- **Остальным** категориям лиц, переболевших ОКИ, диспансерное наблюдение назначается **по рекомендации врача медицинской организации**.

- **Снятие с диспансерного наблюдения** проводится врачом при условии полного клинического выздоровления реконвалесцента и **отрицательного результата лабораторного обследования**.

Мероприятия в очаге

1. Экстренное извещение
2. Меры в отношении источника инфекции

СП 3.1.1.3108-13 «**Профилактика кишечных инфекций**».

– Лица декретированных групп выписываются из стационара после клинического **выздоровления и однократного лабораторного обследования** с отрицательным результатом, проведенного **через 1 - 2 дня после окончания лечения в стационаре** или на дому.

При неустановленной этиологии ОКИ пациенты, относящиеся к данной категории, выписываются из стационара при клиническом выздоровлении (отсутствии лихорадки, нормализации стула, прекращения рвоты).

– Лица, перенесшие ОКИ и **не относящиеся к декретированным контингентам**, выписываются после клинического выздоровления. Необходимость их **лабораторного обследования перед выпиской определяется лечащим врачом** с учетом особенностей клинического течения болезни.

– Дети и подростки, обучающиеся в образовательных организациях, находящиеся в летних оздоровительных учреждениях, школах-интернатах **в течение двух месяцев после перенесенного заболевания не допускаются к дежурствам** по пищеблоку.

3. Заключительная дезинфекция

Мероприятия при внутрибольничных очагах ОКИ

1. Немедленная изоляция, перевод больного в инфекционное отделение или диагностические боксы (полубоксы) в профильном отделении.

Запрещается госпитализация в течение 7 дней новых пациентов **в палату с выявленным больным.**

Медицинское **наблюдение в течение 7 дней** от момента выявления больного и **однократное лабораторное обследование** (для выявления носительства или бессимптомного течения заболевания) за лицами, **подвергшимися риску инфицирования.**



Мероприятия при внутрибольничных очагах ОКИ

При групповой заболеваемости ОКИ в одном или нескольких отделениях медицинской организации:

- проводят изоляцию заболевших в инфекционное отделение;

- **прекращают прием пациентов** в отделение(я), где зарегистрирована групповая заболеваемость, **и проводят медицинское наблюдение за контактными в течение 7 дней от момента изоляции последнего заболевшего.**

- проводят **лабораторное обследование персонала (контактных - по решению специалиста, отвечающего за проведение** эпидемиологического расследования) для определения источника инфекции;

- проводят экстренную профилактику;

- **запрещают перемещения пациентов** из палаты в палату, а также сокращения числа пациентов за счет ранней выписки с учетом общего состояния больных.



Заключительная дезинфекция – проводится после изоляции больного (носителя) из очага ОКИ.

- **В организованных коллективах детей и взрослых** при возникновении **единичных случаев** заболевания ОКИ текущая дезинфекция проводится **персоналом учреждения под руководством медицинских работников.**

В течение **максимального инкубационного периода** в очаге организуется и проводится **текущая дезинфекция.**



- При возникновении очагов с **множественными заболеваниями заключительная дезинфекция** проводится **силами персонала учреждения ИЛИ отделами дезинфекции** территориального центра госсанэпиднадзора, специалистами государственного унитарного **дезинфекционного предприятия.**
- **В квартирных (семейных) очагах заключительная** (при госпитализации больного) и **текущая дезинфекция** проводятся **жильцами** после предварительного инструктажа медицинскими работниками ЛПУ.

Наблюдение за контактными в очаге

➤ **Длительность медицинского наблюдения** при ОКИ установленной и не установленной этиологии соответствует максимальному инкубационному периоду и, как правило, **не превышает 7 дней**; проводится опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрия.

➤ Результаты медицинского наблюдения отражаются в амбулаторных картах, в историях развития ребенка (**в специальных листах наблюдения за контактными в очаге**), в стационарах - в историях болезни контактных.

➤ Медицинский работник, осуществляющий наблюдение за контактными, систематически проводит с ними **работу по гигиеническому обучению**.



Лабораторное обследование в очаге (детские, лечебные и закрытые учреждения)

В ЛПУ, ДОУ, общеобразовательных учреждениях, школах - интернатах, летних оздоровительных учреждениях, учреждениях закрытого типа, в пищевых организациях и приравненных к ним объектах, по месту работы и учебы проводится **однократное лабораторное обследование общавшихся с больными при возникновении:**

- случая(ев) заболевания ОКИ (носительства) на эпидемически значимых объектах;
- **2-х и более заболеваний в организованных коллективах** взрослых и детей;
- **при единичных заболеваниях** объем и кратность бактериологического (серологического) обследования **определяется врачом - эпидемиологом** с учетом сложившейся эпидемиологической ситуации.

На период проведения обследований **контактные лица не отстраняются от посещения организованных коллективов при отсутствии клинических симптомов** заболевания.

Забор проб материалов в очаге кишечной инфекции в учреждении для бактериологических исследований

В очаге групповой заболеваемости (в организованных коллективах детей и взрослых или среди населения) производится забор материала для лабораторных исследований на патогенную, условно - патогенную и санитарно-показательную микрофлору.

Забираются пробы имеющихся в наличии пищевых продуктов и блюд (суточная проба), воды, берутся смывы с инвентаря, оборудования, спецодежды и с рук персонала и др.

При возникновении единичного случая ОКИ в организованных коллективах детей и взрослых, а также на эпидемически значимых объектах необходимость санитарно - бактериологических исследований в очагах **определяется врачом - эпидемиологом** на основе результатов эпидемиологического расследования.

Первичная профилактика

- Раннее выявление и изоляция источника
- Лечение больных и санация бактерионосителей
- Соблюдение правил личной гигиены, гигиены питания, гигиены жилища
- Полноценное питание



Первичная профилактика инфекций в ДОУ (СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций»):

- **систематическое наблюдение за состоянием здоровья** воспитанников, особенно имеющих отклонения в состоянии здоровья;
- ежедневный **утренний прием детей проводится воспитателями и (или) медицинскими работниками**, которые опрашивают родителей о состоянии здоровья детей. **По показаниям ребенку проводится термометрия;**
- выявленные **больные дети или дети с подозрением на заболевание в дошкольные образовательные организации не принимаются;** заболевших в течение дня детей изолируют от здоровых детей (временно размещают в помещениях медицинского блока) до прихода родителей или их госпитализации в лечебно-профилактическую организацию с информированием родителей;
- **после перенесенного заболевания, а также отсутствия более 5 дней** (за исключением выходных и праздничных дней) детей принимают в дошкольные образовательные организации только **при наличии справки** с указанием диагноза, длительности заболевания, сведений об отсутствии контакта с инфекционными больными;

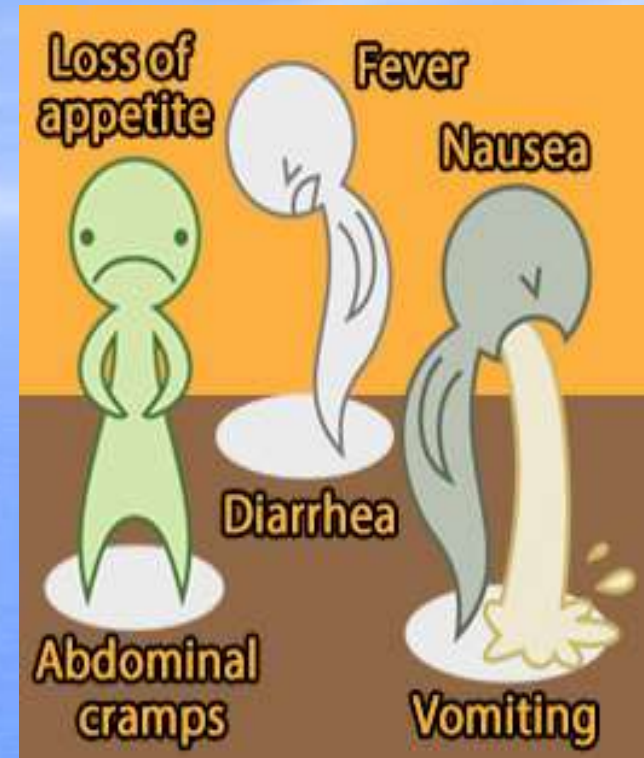
Первичная профилактика инфекций в ДОУ (СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций»):

- выполнение санитарных требований по содержанию территории, пищеблока и всех помещений образовательной организации;
- систематический контроль за санитарным состоянием всех объектов со стороны медицинских работников;
- соблюдение правил личной гигиены воспитанниками и персоналом;
- ежедневный осмотр работников медицинским работником, связанных с приготовлением и раздачей пищи, перед началом работы с занесением результатов осмотра в журнал здоровья;
- медицинский контроль за питанием детей;
- санитарно-просветительная работа с персоналом и детьми по формированию здорового образа жизни (организация "дней здоровья", игр, викторин и другие).

Сестринская практика при кишечных инфекциях и гепатитах у детей.

Проблемы пациента с инфекционной патологией

- интоксикация;
- лихорадка;
- инфекционно-токсическое повреждение органов-мишеней, нарушение их функций;
- угроза поражения жизненно-важных органов, осложнений, затяжного течения;
- риск заражения окружающих;
- необходимость лечения, соблюдения режимных и диетических ограничений;
- недостаток знаний о заболевании.



Сестринская помощь в области лечения и профилактики инфекционных болезней.

В стационаре инфекционного профиля:

- Соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима.
- Обеспечение диетического питания и достаточного объёма питья.
- Контроль соблюдения режима.
- Обеспечение пациента предметами ухода.
- Обеспечение сестринского ухода.
- Доврачебная помощь при неотложных состояниях.
- Выполнение врачебных назначений по лечению больного.
- Подготовка больного к диагностическим манипуляциям.
- Забор материала для исследования согласно назначению врача.
- Разъяснение больному и его родным особенностей заболевания, его симптомов, методов диагностики, лечения, обоснование требований противоэпидемического режима.
- Обучение больного и его родных правилам противоэпидемического режима, основам ухода за инфекционным больным.



Сестринская помощь в области лечения и профилактики инфекционных болезней. Детское учреждение

- Изоляция больного.
- Оформление экстренного извещения.
- Соблюдение правил санитарно-противоэпидемического режима. Организация заключительной и текущей дезинфекции
- Контроль за санитарным состоянием помещения.
- Наблюдение за контактными.
- Выполнение врачебных назначений по раннему выявлению заболевших, в т.ч. забор материала для исследований.
- Разъяснение персоналу, детям и их родным особенностей заболевания, его симптомов, методов диагностики, лечения.
- Контроль за состоянием реконвалесцента, его приверженности врачебным назначениям, соблюдения двигательного, диетического режима, участие в организации и документировании диспансерного наблюдения.
- Санитарное просвещение населения.
- Ведение установленной документации.



Сестринская помощь в области лечения и профилактики инфекционных болезней. Амбулаторная практика

- Изоляция больного.
- Соблюдение правил санитарно-противоэпидемического режима.
- Контроль за санитарным состоянием помещения.
- Разъяснение больному и его родным особенностей заболевания, его симптомов, методов диагностики, лечения.
- Обучение матери правилам ухода за инфекционным больным, основам санитарно-эпидемиологического режима в очаге инфекции.
- Выполнение врачебных назначений по диагностике и лечению, в т.ч. забор материала для исследований.
- Контроль динамики состояния пациента, приверженности врачебным назначениям, соблюдения двигательного, питьевого, диетического режима, при необходимости – регулярности явки на диспансерные осмотры.
- Доврачебная помощь при неотложных состояниях.
- Наблюдение за контактными.
- Санитарное просвещение населения.
- Ведение установленной документации.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

