

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С
ПИЩЕВЫМИ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯМИ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Еремян Альбины Юрьевны

Научный руководитель
преподаватель Семернина А.С.

Рецензент
заведующий отделением №3 ОГБУЗ
«Инфекционная клиническая больница
им Е.Н. Павловского» г. Белгорода
Гершевич С.Э.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ	6
1.1. Этиология и эпидемиология ПТИ	6
1.2. Патогенез и клиническая картина ПТИ	9
1.3. Диагностика и дифференциальный диагноз при ПТИ	12
1.4. Лечение, уход за пациентами и профилактика ПТИ	14
ГЛАВА 2. УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПИЩЕВЫМИ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯМИ.....	21
2.1. Анализ ситуации по заболеваемости ПТИ в мире	21
2.2. Анализ ситуации по заболеваемости ПТИ в Российской Федерации	23
2.3. Анализ ситуации по ПТИ в Белгородской области	25
2.4. Сестринский процесс при ПТИ.....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	39

ВВЕДЕНИЕ

Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации ставит своей первоочередной задачей приблизить к пациентам медицинскую помощь на всех ее этапах.

Существует ошибочное предубеждение, что инфекционные болезни должны знать только специалисты-инфекционисты. Но ведь первыми встречаются с инфекционными больными врачи общей практики, скорой помощи, а также медицинские сестры [1]. От профессиональных знаний и умений медицинских работников зависят:

- ранняя диагностика заболеваний;
- терапевтическая тактика;
- организация противоэпидемических мероприятий;
- в конечном итоге — судьба больного и благополучие окружающих его людей.

Кишечные инфекции, в том числе и пищевые токсикоинфекции (ПТИ) в условиях современных социальных и экономических сдвигов, приведших к расслоению общества, появлению большого числа социально-незащищенных людей, часто приобретают тяжелое течение.

Актуальность ПТИ обусловлена:

- преимущественно социальным характером;
- групповым и эксплозивным (взрывным) характером заболеваемости, при котором за короткое время в течение нескольких часов заболевают почти все употреблявшие инфицированные продукты;
- наличием ПТИ в организованных коллективах;
- тяжестью течения, вероятностью возникновения осложнений, обусловленных интоксикацией и обезвоживанием;
- преобладанием среди заболевших детей и лиц пожилого возраста.

Еще в древности было установлено, что употребление некоторых продуктов в ряде случаев являлось причиной заболеваний, которые

сопровождались рвотой и жидким стулом. Еще в XVIII веке связывали «пищевые отравления» и употребление в пищу мяса больных животных. В XIX веке было установлено, что подобная кишечная патология может быть вызвана продуктами питания животного и неживотного происхождения, инфицированными условно – патогенными бактериями и их токсинами. В 1901 году П.Н. Лащенко одним из первых описал клиническую картину стафилококковой ПТИ. В настоящее время накоплено большое количество доказательств роли условно – патогенных микроорганизмов и продуцируемых ими экзотоксинов в развитии пищевых токсикоинфекций. Несмотря на значительные достижения по изучению клиники и патогенеза острых кишечных инфекций и пищевых токсикоинфекций в том числе, 60-70% диарей остаются нераспознанными. Это определяет трудность в дифференциальной диагностике и погрешности в терапии. Поэтому и на сегодняшний день проблема ПТИ остается актуальной.

В работе рассматривалась **проблема** особенностей пищевых токсикоинфекций на современном этапе.

Цель исследования — анализ особенностей современных пищевых токсикоинфекций и определение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в оказании помощи больным с ПТИ, а также ее профилактики.

Объект исследования: больные с пищевыми токсикоинфекциями, находящиеся на лечении ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница имени Павловского Е.Н.».

Предмет исследования — участие медицинской сестры в оказании помощи больным с пищевыми токсикоинфекциями.

Задачи исследования —

1. Проанализировать этиологическую структуру заболеваемости.
2. По эпидемиологии ПТИ выделить наиболее часто встречающиеся механизмы, пути и факторы передачи.
3. Определить тип, тяжесть и течение современного заболевания.

4. Выделить особенности сестринского процесса при ПТИ.
5. Обозначить роль медицинской сестры в оказании помощи больным с пищевыми токсикоинфекциями.
6. Разработать рекомендации по профилактике ПТИ.

Гипотеза исследования: адекватная своевременная помощь больным с пищевыми токсикоинфекциями позволит уменьшить продолжительность заболевания и снизить частоту осложнений.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ;
- статистические;
- социологические – анкетирование.

База исследования — ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница имени Павловского Е.Н».

Структура работы: дипломная работа по объему занимает 38 страниц. Работа включает введение, где подчеркнута актуальность проблемы, описан краткий исторический экскурс. Здесь же определена цель, поставлены задачи, выделены объект, методы и предмет исследования, сформулирована гипотеза. Первая глава - теоретическая часть ВКР, представлен анализ современной медицинской литературы. Вторую главу – практическую часть работы, составляют материалы собственного исследования, выводы. Заключение обобщает все полученные в ходе выполнения ВКР результаты. Также имеется список использованных источников и литературы и приложения. Кроме того, работа дополнена таблицами, графиками и диаграммами.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

Пищевые токсикоинфекции (ПТИ) представляют собой большую группу острых кишечных инфекций (ОКИ). Причиной пищевых токсикоинфекций является употребление в пищу продуктов, инфицированных патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Для клинической картины данной патологии характерно острое начало, сочетание синдромов интоксикации и гастроэнтерита, частое развитие обезвоживания. Диагноз пищевых токсикоинфекций является собирательным. Он объединяет ряд разных по этиологическому фактору, но сходных по патогенезу и клинике патологий [10, с. 403].

1.1. Этиология и эпидемиология ПТИ

Это — полиэтиологическая кишечная патология. Этиологической причиной ПТИ могут быть:

- *Staphylococcus aureus et albus* – энтеротоксические штаммы стафилококков;
- *Proteus vulgaris milabilis*, энтерококки – условно-патогенная микрофлора;
- β -гемолитические стрептококки группы А – стрептококки;
- *Clostridium perfringens* – спорообразующие анаэробы;
- *Vac. Cereus* – споровые аэробы;
- *Vibrio parahemolyticus* – галофильные вибрионы.

Четкого представления о том, какие заболевания следует относить к группе пищевых токсикоинфекций нет и в настоящее время. Т.И. Дмитриовская, Е.П. Шувалова считают, что ПТИ – это болезни, вызванные условно-патогенной микрофлорой и проявляющиеся синдромами гастрита,

гастроэнтерита и интоксикацией [17]. К.В. Бунин, В.А. Постовит, В.И. Покровский, Ю.М. Михайлова в группу ПТИ включают все заболевания, протекающие с синдромом гастроэнтерита, вызванные условно-патогенными и патогенными возбудителями до этиологической расшифровки диагноза. Целесообразность последней точки зрения подтверждена сходством патогенезов и клинической симптоматики. На практике во всех случаях инфекционного гастроэнтерита при отсутствии лабораторного или эпидемиологического подтверждения ставится диагноз ПТИ [13].

Факторы, приводящие к возникновению заболевания:

1. этиологические, то есть со стороны возбудителей:

- патогенность и вирулентность;
- адгезивность и инвазивность;
- выраженная токсигенность;
- достаточная инфицирующая доза.

2. со стороны восприимчивого организма человека:

- сниженная реактивность, иммунная защита;
- спровоцированный преморбидный фон,
- сопутствующая патология.

Условно-патогенная микрофлора под воздействием различных факторов быстро меняет свои биологические свойства, приобретая выраженную агрессивность.

Эпидемиология. ПТИ – это антропозоонозные болезни. Это значит, что источниками инфекции являются люди и животные. Наибольшую опасность в эпидемиологическом плане представляют пациенты с манифестными формами и бактерионосители. Это относится и к животным [3, с. 247].

Источники пищевых токсикоинфекций стафилококковой этиологии:

1. больные люди с гнойной патологией в виде панариция, фурункулов, пародонтоза, стафилококковой ангины, пневмонии;
2. животные, страдающие маститом (коровы, козы, лошади).

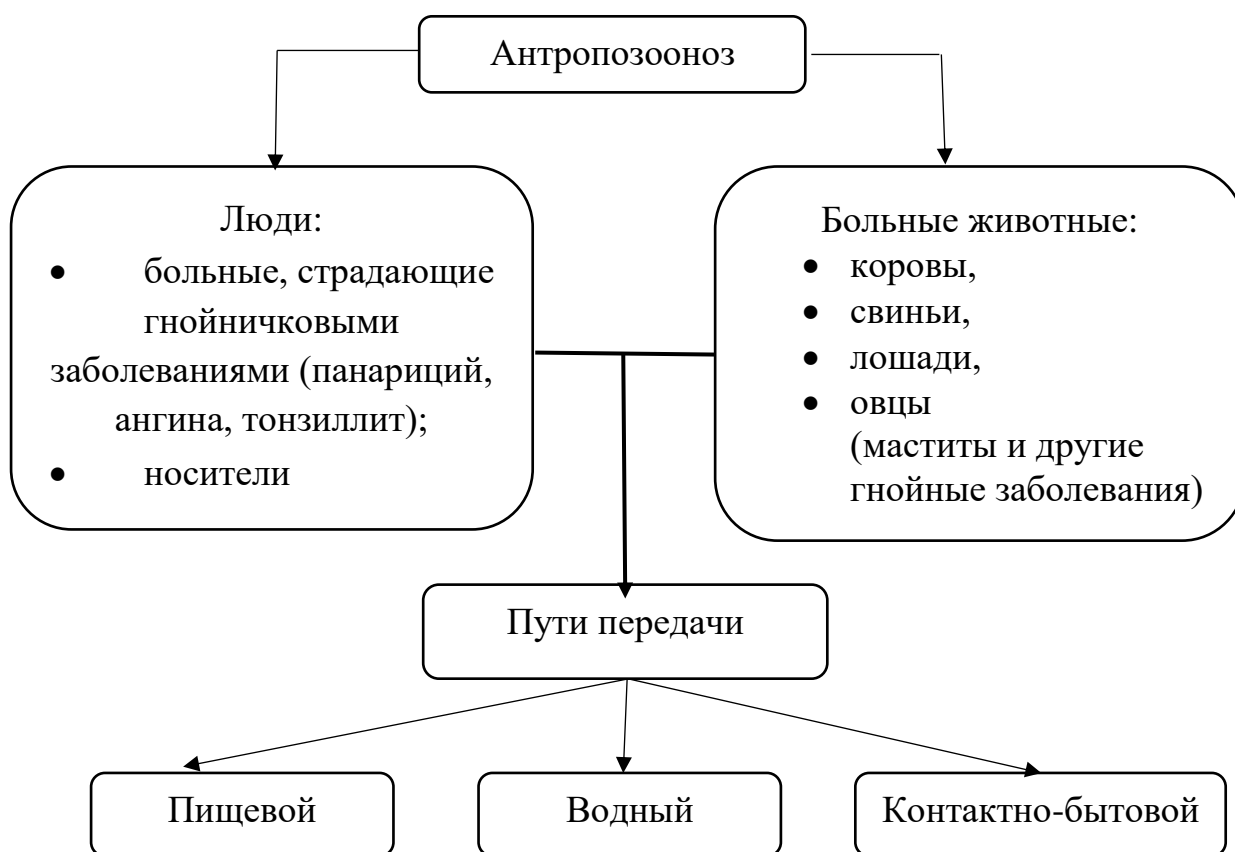
Возбудители других ПТИ: *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*; *Protey*

vulgaris mirabilis, *Clebsiella* — от источников попадают во внешнюю среду с выделениями. В дальнейшем в большом количестве микробы находятся в почве, в воде, особенно открытых водоемов, на овощах и фруктах, предметах обихода. Инфицирование мясных продуктов может быть при забое больных животных и обработке их туш.

При ПТИ доминирующим путем заражения является пищевой. От источников микроорганизмы попадают в продукты, где происходит их активное размножение. При этом выделяется множество токсинов. Токсины в большом количестве накапливаются в продуктах. А человек съедает их, что и является причиной болезни.

Таблица 1

Графологическая структура эпидемиологии ПТИ



Заболееваемость ПТИ в наши дни может быть, как спорадическая среднестатистическая, так и в виде эпидемических вспышек.

Пищевые токсикоинфекции встречаются круглогодично. Но для

размножения микроорганизмов в пищевых продуктах более благоприятным является теплое время года. Поэтому сезонность чаще летне-осенняя.

1.2. Патогенез и клиническая картина ПТИ

Патогенез. Особенностью возбудителей является их способность вырабатывать токсины в пищевых продуктах и в восприимчивом организме человека. Под действием защитных сил организма человека часть микробов погибает в желудочно-кишечном тракте, образуя при этом дополнительно токсические вещества. Через рот в организм человека попадают одновременно и микроорганизмы, и их токсины. В ответ развиваются интоксикация и воспалительный процесс со стороны желудочно-кишечного тракта.

В организме человека образуются целые комплексы токсинов, вызывающие основные патологические реакции:

1. местно поражается желудочно-кишечный тракт. Развивается воспаление, нарушается перистальтика, моторика;
2. появляется синдром общей интоксикации;
3. в патологический процесс вовлекаются сердечно-сосудистая и нервная системы.

В ходе развития заболевания происходит нарушение синтеза биологически активных веществ. Это выражается количественным и качественным изменением аденозин-3,5-монофосфата и гуанозинмонофосфата, простагландинов, гистамина, кишечных гормонов. В результате появляется сложный комплекс функционально-морфологической патологии. Прежде всего развивается токсическое поражение желудочно-кишечного тракта. В процесс вовлекаются сердечно-сосудистая и нервная системы.

Больше всего страдают слизистые оболочки желудка и тонкого кишечника, то есть развивается гастроэнтерит. Лимфатические образования тонкого кишечника также поражаются при ПТИ.

При пищевых токсикоинфекциях, вызванных *Clostridium perfringens*,

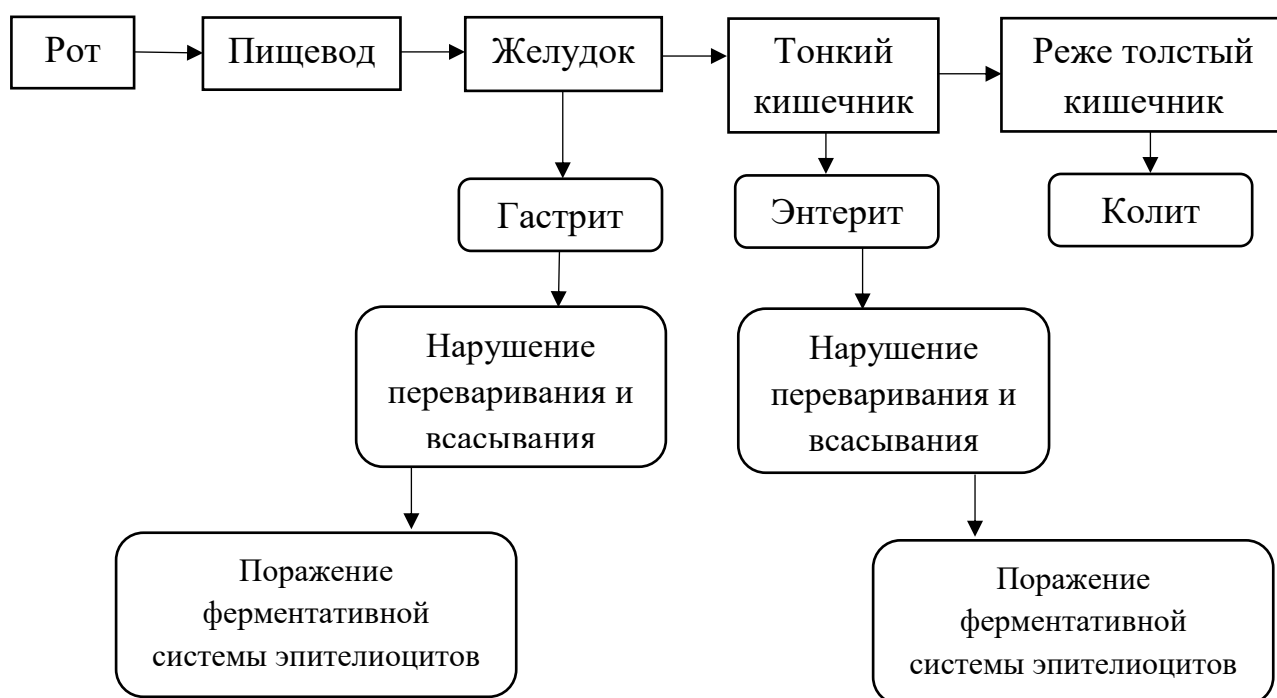
происходит геморрагическое воспаление слизистых оболочек кишечника. Процесс сопровождается множественными изъязвлениями [17, с. 205-207].

Характер воспаления слизистых оболочек ЖКТ определяют:

- вид и тип микроорганизмов;
- острота патологического процесса и его длительность.

Таблица 2

Графологическая структура патогенеза ПТИ



Клиническая картина.

В клинике отмечается определенное сходство проявлений ПТИ.

Всю группу заболеваний объединяет:

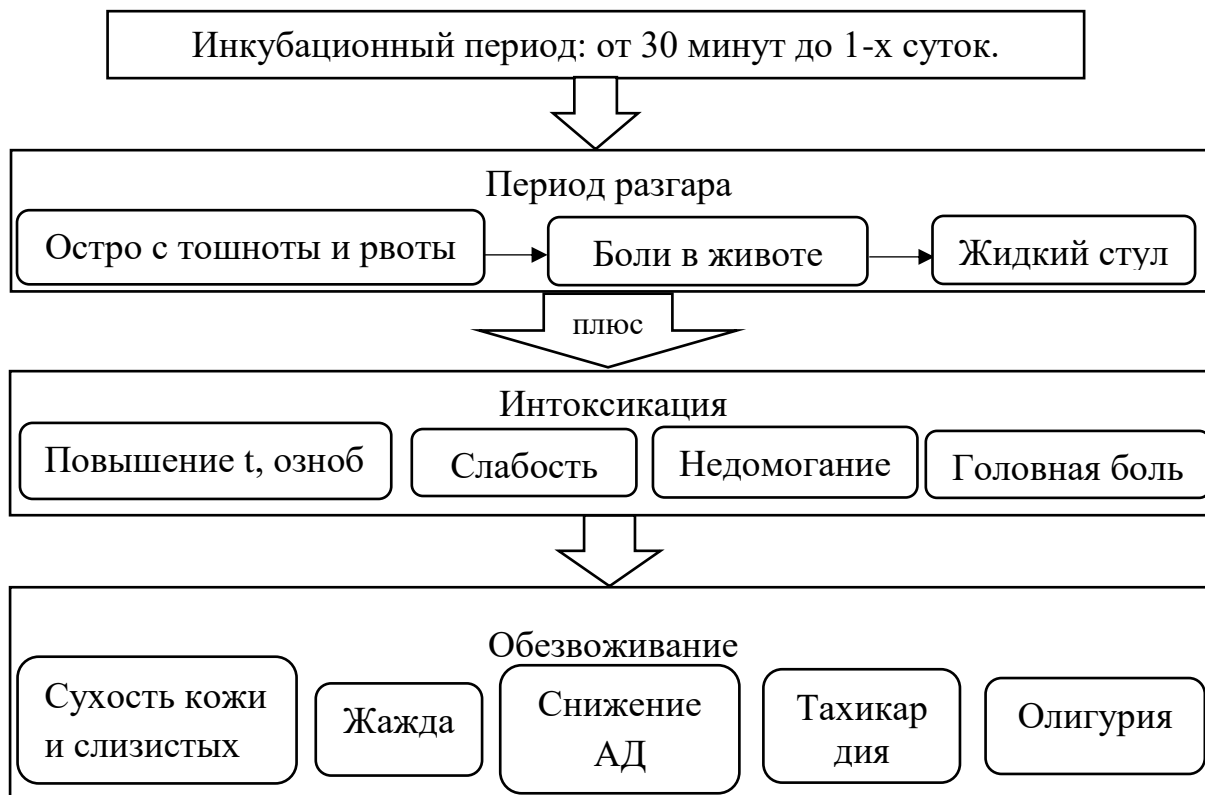
- самый короткий инкубационный период,
- острое начало,
- выраженная интоксикация,
- бурное развитие патологии,
- симптомы поражения ЖКТ,
- эксикоз,

- поражение других органов.

Далее представлена графологическая структура клинической картины пищевых токсикоинфекций.

Таблица 3

Графологическая структура клиники ПТИ



Определены особенности клинической картины, в зависимости от вида микроорганизма.

Стафилококковая ПТИ характеризуется:

1. самым коротким инкубационным периодом – 30 – 60 минут;
2. острым началом;
3. появлением выраженного чувства тошноты, рвоты, неукротимого характера;
4. сильными режущими болями в животе с локализацией в области эпигастрия, реже вокруг пупка;
5. преобладающей клиникой гастрита,

Для стафилококковой ПТИ тяжелой степени характерны адинамия,

головокружение, цианоз, судороги. Может быть и потеря сознания, что встречается в крайне тяжелой степени. Но для данной патологии не характерно изменение стула. Он может оставаться оформленным.

При ПТИ клостридиозной этиологии (*Cl. perfringens* типа С или F) отмечаются:

- бурное начало;
- боли в животе: сильные, колющего характера;
- тошнота и рвота;
- жидкий стул с кровью, то есть гемоколит;

При такой выраженной клинике остается нормальной температура тела.

ПТИ протейной этиологии имеют также свои особенности. Прежде всего это очень зловонный жидкий стул.

В периоде разгара пищевых токсикоинфекций могут возникать осложнения. Они чаще встречаются:

- у детей до 3–5 лет,
- у пациентов старше 60 лет,
- у больных с тяжелой сопутствующей патологией.

К осложнениям относят ИТШ, тромбоз брызжеечных сосудов, миокардиты, пиелонефрит [18, с 618].

1.3. Диагностика и дифференциальный диагноз при ПТИ

Для того, чтобы быстро и грамотно поставить диагноз необходимо учитывать:

- типичную клиническую картину,
- эпидемиологический анамнез,
- лабораторные методы исследования.

Следует помнить, что часть возбудителей ПТИ выделяются и от практически здоровых людей. Эти люди являются бактерионосителями.

Для клинической диагностики имеет значение короткая инкубация, острое начало заболевания, его бурное развитие, быстрый регресс процесса.

Необходимо и лабораторное подтверждение ПТИ [2, с. 137]:

1. массивный рост возбудителей при бактериологическом исследовании материалов от больных и пищевых продуктов;
2. нарастание титра антител при серологическом исследовании – РНГА с аутоштаммами возбудителей;
3. исключение другой этиологии заболевания.

Данные эпидемиологического анамнеза:

- одновременное групповое заболевание;
- одни и те же продукты в меню пациентов;
- характер употребляемой пищи;
- короткий период от момента употребления продуктов до первых характерных симптомов болезни;
- инфекционная патология у людей, декретированной группы. Это различные стафилококковые поражения кожи и слизистых. Эти люди имеют отношение к готовке, транспортировке и хранению пищи.

При сочетании характерных клинических симптомов и лабораторного подтверждения ставится окончательный диагноз.

Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями:

- холерой, НАГ-инфекцией;
- ротавирусным гастроэнтеритом;
- отравлением солями тяжелых металлов, фосфорорганическими соединениями;
- отравлением ядовитыми грибами;
- острым аппендицитом;
- инфарктом миокарда;

- холециститом, холецистопанкреатитом;
- менингитом, субарахноидальным кровоизлиянием;
- гипертоническим кризом.

Также следует дифференцировать заболевание внутри самой группы ПТИ различной этиологии.

1.4. Лечение, уход за пациентами и профилактика ПТИ

Госпитализация пациентов с ПТИ в инфекционный стационар проводится по следующим показаниям:

1. среднетяжелые и тяжелые степени, дети раннего возраста, пожилые люди с отягощенным преморбидным фоном;
2. лица, относящиеся к декретированным группам.

Остальные могут лечиться амбулаторно под активным врачебным наблюдением.

Следует помнить, что при легкой степени в начале болезни в дальнейшем состояние может ухудшаться.

Обращаться за медицинской помощью надо немедленно в следующих ситуациях:

- в случае болезни детей в возрасте до 3 лет и дошкольников;
- лицам старше 60 лет, то есть пожилого возраста;
- взрослым при частом жидком стуле, более 5 раз в сутки;
- в случае многократной неукротимой рвоты;
- при имеющихся интоксикации, диарее и рвоте;
- при наличии крови в кале;
- при сильной схваткообразной боли в животе любой локализации;
- при выраженной слабости и жажде;
- наличии хронической сопутствующей патологии.

Терапевтическая тактика при ПТИ зависит от клинических форм и степени тяжести, наличия и характера сопутствующих заболеваний.

Подробно стратегия и тактика лечения ПТИ приведена ниже в таблице 4.

Таблица 4

Стратегия и тактика лечения ПТИ

Стратегия	Тактика
<p>I. Удаление микробов и их токсинов из желудочно-кишечного тракта</p>	<p>1.Промывание желудка 2-3% раствором гидрокарбоната натрия или 0,1% раствором перманганата калия.</p> <p>2.Дача адсорбентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ препараты целлюлозы: полифепан, лигносорб, активированный уголь, ваулен. По 20 г. 3 раза в сутки; ➤ препараты аттапульгита: неоинтестопан, реабан; ➤ катионосвязывающие препараты: энтерокат М: 20-30 г, затем по 10 г 3 раза; ➤ производные поливинилпирролидона: энтеродез 5г/100мл воды 3 раза в сутки.
<p>II. Купирование диареи</p>	<p>Препараты кальция: глюконат, глицерофосфат, лактат кальция — 5 г., карбонат кальция — 30-50 г.</p>
<p>III. Регидратация, восполнение потерянного объема жидкости и солей</p>	<p>1.Пероральная регидратация глюкозосолевыми растворами: регидрон, цитроглюкосолан, оралит, глюкосолан.</p> <p>2.Назогастральный вариант регидратации.</p> <p>3.Парентеральная регидратация — растворы «Квартасоль», «Ацесоль», Лактасоль», «Трисоль», «Мафусол» (для внутривенной инфузии больным с обезвоживанием II-IV степени).</p>
<p>IV. Восстановление слизистого барьера ЖКТ</p>	<p>Мукопротекторы: смекта, полисорб.</p>

Неотложная помощь при ПТИ.

При уверенности в диагнозе ПТИ необходимо как можно быстрее начинать промывание желудка. Взрослым пациентам можно промывать без зонда. При этом пациенту необходимо дать выпить 8-10 стаканов, то есть от 1,5 до 2 литров 2% раствора гидрокарбоната натрия (2 чайные ложки пищевой соды на 1 литр воды). Можно промыть желудок и водой, комнатной температуры слегка подкрашенной перманганатом калия. Далее необходимо вызвать рвоту. Но более качественное промывание желудка проводится через зонд. Критериями качественного промывания являются чистые промывные воды, прекращение рвоты и уменьшение чувства тошноты. Производят забор промывных вод и рвотных масс для бактериологического исследования.

Далее проводится регидратация. Необходимо немедленное внутривенное введение теплого (38С) стерильного раствора «Трисоль», содержащего в 1 литре апиrogenной воды 5г. хлорида натрия, 4г. гидрокарбоната натрия, 1г. хлорида калия. Тяжелым взрослым пациентам с выраженным обезвоживанием и продолжающейся рвотой необходимо ввести от 3 до 5 литров глюкозо-солевых растворов в течение 2 часов.

Объем вводимых растворов зависит:

- от количества потерянной жидкости с рвотными массами и жидким стулом;
- от показателей гемодинамики и их стабильности (пульс, артериальное давление).

К базисной терапии относится диета. Рекомендуют лечебную диету с исключением жареного, жирного, острого, молока, с пониженным содержанием жиров и углеводов. Но пациенты должны получать достаточное количество белка. На острый период болезни исключается сырая растительная клетчатка. Овощи в отварном или тушеном виде. Также исключаются продукты, которые могут вызывать метеоризм.

Крайне редко при ПТИ наблюдаются летальные исходы. Основная причина летальных исходов связана с септическими осложнениями.

Чаще при ПТИ отмечается благоприятный прогноз.

Профилактические мероприятия при ПТИ.

Профилактика ПТИ – это:

- ❖ тщательное соблюдение всех санитарно-гигиенических норм;
- ❖ в пищевой промышленности создание высокотехнологичных предприятий;
- ❖ разработка и внедрение в практику современных методов обработки пищевых продуктов;
- ❖ эффективные методы хранения и реализации продуктов;
- ❖ строгий санитарный контроль на пищевых предприятиях.

Профилактика стафилококковых интоксикаций, самых частых ПТИ, заключается в проведении следующих мероприятий.

1. Установление строгого контроля состояния здоровья лиц, соприкасающихся с пищевыми продуктами. При имеющихся гнойничковых заболеваниях на коже рук, теле и воспалительных процессах верхних дыхательных путей у людей декретированной группы, они не должны допускаться к работе с пищевыми продуктами. При бактерионосительстве, особенно стафилококка необходимо провести санацию. Обязать таких людей носить маски при работе продуктами.
2. Запретить употребление молока от животных с маститом.
3. Постоянно контролировать здоровье работников пищевой промышленности. Своевременно проводить лечение у них патологии носоглотки и кариеса зубов.
4. Соблюдать сроки хранения и температурный режим при хранении молочных продуктов, кондитерских изделий с кремом, а также других скоропортящихся продуктов.
5. Потенциально опасные продукты подвергать соответствующей термической обработке, учитывая значительную термоустойчивость энтеротоксинов стафилококка.

ПТИ можно предупредить почти в 100% случаев, если соблюдать основные принципы, обеспечивающие безопасность пищевых продуктов в домашних условиях:

- использование только кипяченой воды;
- употребление свежих и цельных продуктов;
- прежде, чем употреблять овощи и фрукты в сыром виде, необходимо их тщательно вымыть;
- недопустимо использовать просроченные пищевые продукты, то есть с истекшим сроком годности.

Но без соблюдения гигиены, цель профилактики не будет достигнута. Поэтому, следующий принцип профилактики – это соблюдение чистоты:

- перед началом приготовления пищи следует тщательно вымыть руки, а затем мыть несколько раз в ходе ее готовки;
- все поверхности и все оборудование, используемые в процессе готовки пищи надо тщательно обрабатывать;
- нельзя допускать в кухонные, складские и другие помещения, где есть продукты, насекомых, грызунов и других животных.

Следует неукоснительно соблюдать правила и при приготовлении пищи:

- подвергать термической обработке мясо животных и птиц, яйца и морепродукты;
- обязательно доводить до кипения при приготовлении и при подогреве супы и блюда из тушеного мяса или рыбы;
- при готовке мяса или птицы, выделяемый ими сок должен быть прозрачным, но никак не розовым.

Правила хранения пищевых продуктов:

- готовые блюда не оставлять более, чем на 2 часа при комнатной температуре;
- приготовленные и скоропортящиеся продукты хранить только в холодильниках;

- не хранить в течение длительного времени скоропортящиеся продукты даже в холодильнике;
- нельзя размораживать при комнатной температуре замороженные продукты.

Разделяйте сырую и уже приготовленную пищу:

- при работе с сырыми продуктами необходимо иметь отдельную посуду, ножи и разделочные доски;
- храните пищу в отдельной посуде, емкостях, чтобы не допустить контакт между сырой и приготовленной пищей.

Выводы по теоретической части:

1. реформирование системы здравоохранения Российской Федерации ставит своей первоочередной задачей приблизить к пациентам медицинскую помощь на всех ее этапах;
2. первыми встречаются с инфекционными больными врачи общей практики, скорой помощи, а также медицинские сестры;
3. пищевые токсикоинфекции представляют собой большую группу острых кишечных инфекций;
4. часто ПТИ протекают в виде групповых вспышек;
5. это антропозоонозная инфекция, то есть источниками возбудителей ПТИ могут быть как люди, так и животные;
6. в настоящее время пищевые токсикоинфекции встречаются часто и у взрослых, и у детей;
7. на современном этапе регистрируются ежегодно как лабораторно подтвержденные ПТИ, так и неуточненные;
8. наиболее часто из уточненных ПТИ встречается стафилококковая интоксикация;
9. при ПТИ доминирующим путем заражения является пищевой;
10. адекватная своевременная помощь больным с пищевыми токсикоинфекциями позволит уменьшить продолжительность заболевания и снизить частоту осложнений;

11. От профессиональных знаний и умений медицинских работников, в том числе и медицинских сестер зависят:

- ранняя диагностика заболеваний;
- терапевтическая тактика;
- организация противоэпидемических мероприятий;
- в конечном итоге — судьба больного и благополучие окружающих его людей.

ГЛАВА 2. УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПИЩЕВЫМИ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯМИ

2.1. Анализ ситуации по заболеваемости ПТИ в мире

Ежегодно около 600 миллионов человек, или 10% населения в мире, заболевают от употребления зараженной пищи. Из них 420000 умирают, в том числе 125000 детей в возрасте до 5 лет, сообщается в докладе ВОЗ, опубликованном в журнале PLoS One. То есть в мире «каждый десятый человек страдает от болезней, вызванных обсеменением пищевых продуктов разнообразной микрофлорой, причем дети и бедные слои населения подвержены этому больше всех» – к такому выводу пришла целевая группа Всемирной организации здравоохранения.

Наиболее часто пищевыми токсикоинфекциями болеют жители стран Африки. Следующие по частоте – это жители субрегионов Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья.

По оценкам ВОЗ, Африканский регион имеет «самое высокое бремя болезней пищевого происхождения» в пересчете на душу населения, более 91 миллиона человек и 137000 умирают.

После Африканского, второе «самое высокое бремя болезней пищевого происхождения» на душу населения имеет регион Юго-Восточной Азии. Но в регионе Юго-Восточной Азии в абсолютном выражении ежегодно заболевают болезнями пищевого генеза и умирают от них больше, чем в любом другом Регионе ВОЗ. Это 150 миллионов случаев заболевания и 175000 случаев летальных исходов. Ежегодно заболевают болезнями пищевого происхождения 60 миллионов детей в возрасте до пяти лет. Каждый год 50000 детей умирают от этих болезней в Регионе Юго-Восточной Азии.

Американский регион имеет второе «самое низкое бремя болезней пищевого происхождения» в мире. Тем не менее 77 миллионов человек заболевают ежегодно в результате употребления контаминированной пищи. В

этом регионе ежегодно от этого умирают 9000 человек. Из заболевших, 31 миллион — это дети в возрасте до пяти лет. За год умирает более 2000 таких детей.

По оценке ВОЗ третье «самое высокое бремя болезней пищевого происхождения» на душу населения после Африканского региона и региона Юго-Восточной Азии имеет регион Восточного Средиземноморья. В регионе Восточного Средиземноморья более 100 миллионов человек заболевают ежегодно болезнями пищевого происхождения, 32 миллиона заболевших составляют дети в возрасте до пяти лет.

В Европейском регионе «самое низкое бремя болезней пищевого происхождения». И, тем не менее, более 23 миллионов человек ежегодно заболевают, до 5000 умирает.

Анализ ситуации по заболеваемости в мире для лучшей наглядности представлен в виде таблицы.

Таблица 5

Ситуация по заболеваемости ПТИ в мире

Регионы	Африканский	Юго-Восточная Азия	Американский	Восточное Средиземноморье	Европейский
Заболеваемость	более 91 млн.	150 млн.	77 млн.	100 млн.	более 23 млн.
Смертность	137000	175000	9000		5000
Заболеваемость детей до 5 лет		60 млн.	31 млн.	32 млн.	
Смертность детей		50000	2000		

Далее проведен анализ эпидемиологической опасности продуктов. Часто факторами передачи являются яйца, мясные изделия: колбасы, студни, шаверма; молочные продукты, салаты, пирожные, торты с кремом. Их рейтинг представлен ниже:

1. 32% микробная контаминация яиц;
2. 25% мясные продукты;
3. 18% молоко и молочные продукты;
4. 13% пирожные, торты, мороженое;
5. 12% салаты.

Для более качественного анализа и наглядности данная информация представлена в виде диаграммы (Рис. 1).



Рис. 1. Анализ эпидемиологической опасности продуктов в отношении ПТИ

Эту информацию необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

2.2. Анализ ситуации по заболеваемости ПТИ в Российской Федерации

По данным Роспотребнадзора, в РФ за истекший год было зарегистрировано острых кишечных инфекций и вызванных установленным возбудителем ПТИ 147301 случай. В 438019 случаях возбудителей установить не удалось.

Проведен анализ эпидемиологической опасности продуктов по РФ:

1. на первом месте молоко и молочные продукты;
2. далее следуют мясные продукты, в том числе колбасы;
3. часто факторами передачи являются яйца;
4. пирожные, торты;
5. овощи, ягоды, фрукты составляют следующую группу;
6. речная и морская рыба, другие морепродукты.

Далее проанализирована ситуация, связанная с местом приготовления или хранения продуктов, вызвавших ПТИ.

1. 40% ПТИ связаны с продуктами домашнего приготовления,
2. 31% заболеваний ассоциируют с магазинными продуктами,
3. 22% - готовились в ресторанах и кафе,
4. 5% ПТИ связаны с детскими садами,
5. 2% в больницах.

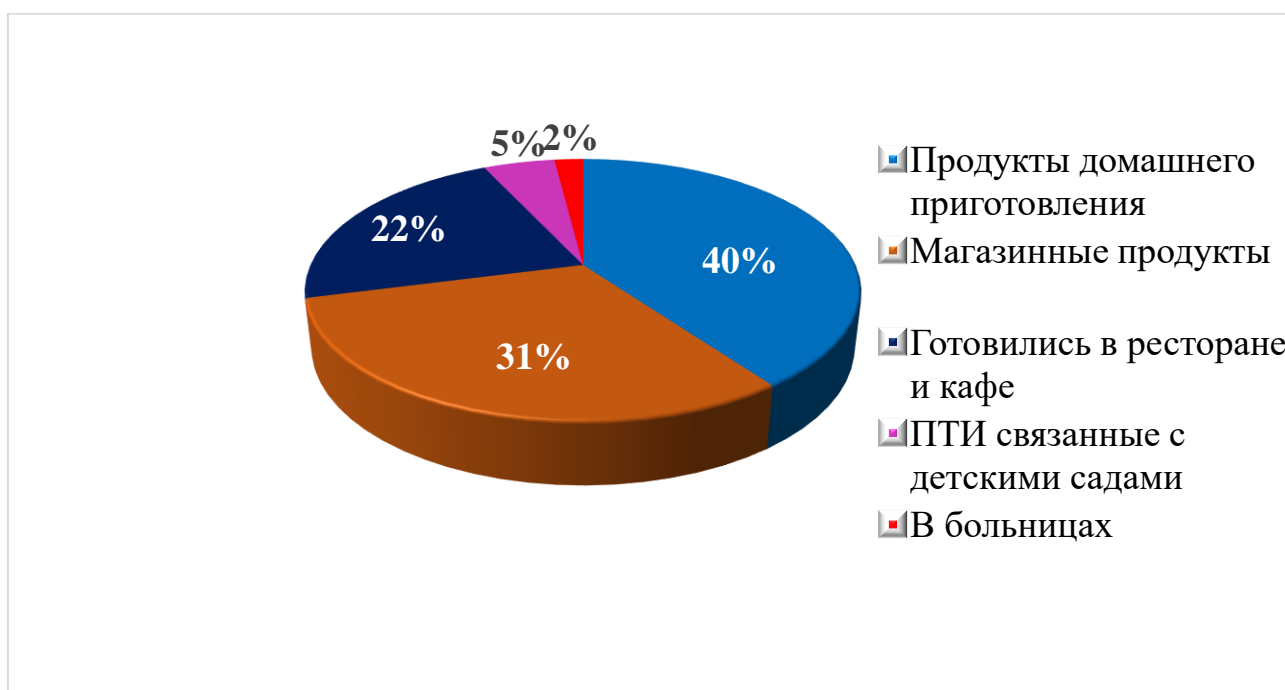


Рис. 2. Анализ заболеваемости ПТИ в зависимости от факторов передачи

В связи с разным уровнем жизни, в настоящее время часто люди покупают то, что дешевле, а не то, что безопаснее. Воздействие на человека

вредных пищевых факторов возрастает. Должна быть ответственность как производителей, так и потребителей.

Для производителей необходимо строгое выполнение Санитарных правил 2.3.6. «Санитарно-эпидемиологические требования к организации торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов».

Потребители должны выполнять 5 принципов профилактики кишечных инфекций:

1. поддерживать чистоту в помещениях;
2. разделять сырые продукты и приготовленные;
3. грамотно термически обрабатывать (запекать, отваривать, тушить) продукты;
4. правильно хранить продукты;
5. кипятить воду;
6. тщательно мыть продукты.

2.3. Анализ ситуации по ПТИ в Белгородской области

Для того, чтобы медицинская сестра квалифицированно и грамотно осуществляла свою профессиональную деятельность по уходу за больными и профилактике, она должна владеть ситуацией по заболеваемости как острыми кишечными инфекциями в целом, так и пищевыми токсикоинфекциями в частности.

Ниже проанализированы статистические данные по Белгородской области. Результат анализа за последние 6 лет отражен в таблице 6.

Заболееваемость ОКИ в Белгородской области

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Заболеевания						
Сумма ОКИ	5934	5899	6076	4681	4659	4082
Прочие ОКИ установленной этиологии	2536	2764	3212	2776	2644	2566
Прочие ОКИ не установленной этиологии	2271	2468	2278	1873	1995	1501

Таблица содержит данные по Белгородской области за период с 2013 по 2018 годы. Отмечено общее количество случаев острых кишечных инфекций, отдельно выделены прочие ОКИ установленной и не установленной этиологии.

Для лучшей наглядности на основании табличных данных построена диаграмма.



Рис. 3. Заболеваемость ОКИ в Белгородской области

Вывод: общее количество больных острыми кишечными инфекциями остается значительным, но все же наметилась незначительная тенденция к снижению.

Прочие ОКИ установленной и не установленной этиологии имеют такую же тенденцию. Необходимо отметить, что имеется большое количество ОКИ не установленной этиологии. Проведен отдельный анализ, так как причин данного факта может быть несколько.

Причины трудностей в лабораторной диагностике:

- позднее обращение за медицинской помощью;
- лечение антибиотиками до сдачи анализов;
- забор материала для исследования на фоне лечения;
- качество забора и доставки материала в лабораторию, что относится к деятельности медицинской сестры.

Эти причины в своей работе должна учитывать медсестра. Медсестрам следует обратить внимание на качество забора материала от больных: каловых масс, промывных вод для проведения бактериологического исследования. Большое значение имеет и время доставки в лабораторию, хранение анализов перед доставкой в лабораторию.

Далее проведен анализ заболеваемости ПТИ в Белгородской области.

В таблице 7 представлена заболеваемость ПТИ в абсолютных цифрах по Белгородской области за последние 6 лет.

Таблица 7

Заболеваемость пищевыми токсикоинфекциями в Белгородской области.

Год	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Заболевания						
Сумма ОКИ	5934	5899	6076	4681	4659	4082
ПТИ бактериальной этиологии	1589	1617	1810	1430	1665	1422
ПТИ не установленной этиологии	2271	2468	2278	1873	1995	1501

На основании данных таблицы построена диаграмма.

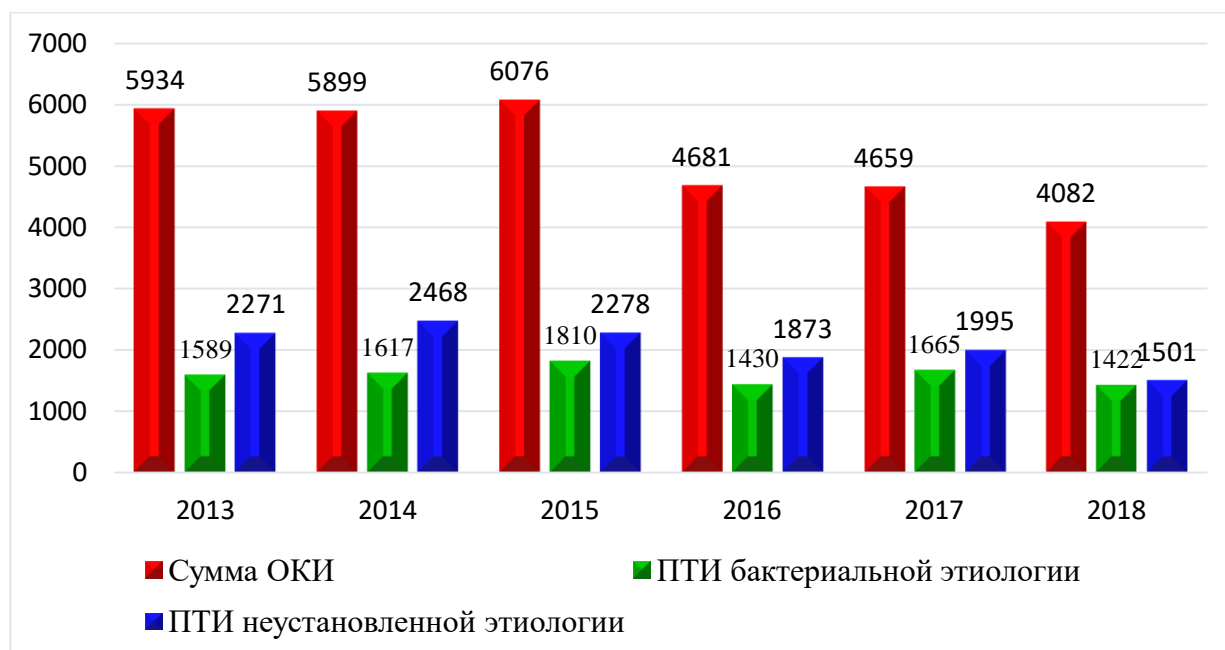


Рис.4. Заболеваемость ПТИ в Белгородской области

Вывод: заболеваемость ПТИ бактериальной этиологии:

- в 2014 году увеличилась на 1,7% по сравнению с 2013 годом;
- в 2015 году больных стало больше на 12%;
- в 2016 году заболеваемость снизилась на 21% по сравнению с 2015 годом;
- в 2017 году число больных вновь увеличилось на 16,4%;
- в 2018 году ситуация вернулась к 2016 году, уменьшилась на 14,6% по сравнению с 2017 годом.

Заболеваемость ПТИ неустановленной этиологии:

- в 2014 году увеличилась на 8,7% по сравнению с 2013 годом;
- в 2015 году больных стало меньше на 7,7%;
- в 2016 году заболеваемость еще снизилась на 17,8% по сравнению с 2015 годом;
- в 2017 году число больных несколько увеличилось на 6,5%;
- в 2018 году наблюдалась самая низкая заболеваемость за последние 6 лет, уменьшилась на 24,8% по сравнению с 2017 годом.

Медсестрам следует обратить внимание на качество забора материала от больных: каловых масс, промывных вод для проведения бактериологического исследования. Большое значение имеет и время доставки в лабораторию, хранение анализов перед доставкой в лабораторию.

2.4. Сестринский процесс при ПТИ

Далее проведен анализ сестринского процесса при пищевых токсикоинфекциях.

За время преддипломной практики было опрошено и осмотрено 40 больных (26 взрослых и 14 детей), находящихся на лечение в ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница имени Павловского Е.Н.». Также проанализированы истории болезни ранее лечившихся пациентов.

В результате анализа выявлены наиболее часто встречающиеся симптомы ПТИ, как у взрослых больных, так и у детей.

Таблица 8

Симптомы ПТИ у взрослых больных

Симптомы	Частота встречаемости у пациентов
Тошнота и рвота	100%
Снижение или отсутствие аппетита	100%
Жидкий стул	50%
Боли в эпигастрии	80%
Бледность кожных покровов	60%
Обложенность языка белым налетом	100%
Снижение артериального давления	45%
Тахикардия	60%
Острое начало	90%
Метеоризм	50%

Симптомы (в %) поражения ЖКТ при ПТИ у детей

Симптом	Возраст		
	младше 1 года	1—3 года	старше 3 лет
Снижение аппетита	95	90	85
Отказ от еды	70	30	20
Срыгивание	50	-	-
Рвота	100	100	100
Обложенный язык	80	90	90
Боли в животе	≈80	75	55
Урчание по ходу кишечника	70	75	50
Метеоризм	70	60	50

На основании вышеизложенного выявлены возможные проблемы пациента. Это:

- повышение температуры, озноб,
- слабость, недомогание,
- отсутствие или ухудшение аппетита,
- чувство тошноты,
- частая неукротимая рвота,
- боли в животе,
- жидкий стул,
- вздутие живота, метеоризм,
- сниженная способность обслуживать себя,
- дефицит общения,
- у детей страх перед больницей.

Возможные проблемы родителей при заболевании ребенка. Это:

- страх за ребенка, за исход заболевания,
- недостаточность знаний о заболевании и уходе,
- изменение привычного образа жизни семьи,
- эмоциональное перенапряжение в семье,

- угроза заражения членов семьи.

Определены зависимые вмешательства.

Изоляцию пациента проводят до клинического выздоровления и получения результатов исследования.

Выполнение всех врачебных назначений.

Алгоритм оказания помощи.

1. Сразу после установления диагноза проводится промывание желудка. Растворы для промывания:

- 2% – 3% раствор пищевой соды (20–30 грамм разводится в литре воды);
- 0,1 % раствор перманганата калия (бледно–розовый раствор)

Критериями качественного промывания желудка являются: чистые промывные воды, прекращение рвоты, уменьшение чувства тошноты.

2. После промывания дается адсорбент:

- полифепан — 20 г. 3 раза в сутки,
- активированный уголь — 1 таблетка на 10 кг веса в сутки,
- энтеродез — 5г/100мл 3 раза в сутки,
- смекта — 1 пакетик 3 раза в сутки.

3. Регидратация – восполнение потерянного объема жидкости и солей:

- регидрон — 1 пакетик растворяется в 1 литре кипяченой воды. Применяют дробно, каждые 20–30 минут,
- оралит — 1 пакетик растворить в 1 литре кипяченой воды. Применять дробно, каждые 30 минут
- цитроглюкосолан — 1 пак. на 1 литр воды. Применять дробно, каждые 20 минут,
- компот из сухофруктов: яблок, изюма, кураги.

4. Строгая диета. На старте заболевания назначают слизистые отвары (рисовый), кисель.

5. Ферменты:

- мезим-форте — по 2 драже 3 раза в сутки,
- фестал — по 2 драже 3 раза в сутки,

- детям: ораза — мерная ложка (в зависимости от возраста) — 3 раза в сутки,
- креон — по 0,5 — 1 г в сутки.

Независимые вмешательства.

1. В течение всего лихорадочного периода обеспечить пациенту постельный режим.
2. Ежедневно проводить термометрию, взвешивание. Вести сетку стула. Все полученные данные заносить в историю болезни. В течение всего периода болезни осуществлять динамическое наблюдение за пациентом. При ухудшении состояния, вызвать врача.
3. Контролировать соблюдение диеты.

Исключаются следующие продукты:

- молоко, йогурт, ряженка, сливки, сметана, мороженое;
- сдобная выпечка, ржаной хлеб, сухари из черного хлеба;
- крепкий кофе, газированные напитки;
- сырые овощи, бобовые, свекла, огурцы, квашеная капуста;
- кислые фрукты и ягоды, груши, сливы;
- мясные и рыбные бульоны, жирные сорта мяса, рыбы;
- консервы, маринады, грибы;
- перловая и пшенная каши.

Рекомендованные продукты:

- слизистые супы, на овощном отваре,
- каши (гречневая, овсяная, рисовая) в протертом виде;
- рисовый и овсяный отвар,
- вермишель;
- нежирная рыба в отварном виде;
- постное отварное мясо;
- белый и серый хлеб вчерашней выпечки и белые сухарики;
- тушеные овощи;
- желе, кисели, яблоки печеные;

- компот из сухофруктов, некрепкий чай без молока.

Рекомендации для пациентов.

При появлении рвоты и жидкого стула, болей в животе и повышения температуры:

- нельзя принимать обезболивающие средства. Это связано с тем, что при подобных симптомах хирургической патологии (холецистит, аппендицит, кишечная непроходимость) снятие болевого синдрома смажет клинику заболевания и затруднит постановку диагноза. И, следовательно, не будет своевременно оказана помощь;

- нельзя без назначения врача, самостоятельно принимать закрепляющие средства. К ним относятся: имодиум, лоперамид, лопедиум. Это объясняется тем, что при ОКИ основная масса микробов и их токсины находятся в кишечнике. А вышеназванные препараты будут способствовать их накоплению, что приведет к ухудшению состояния больного. ПТИ протекают легче, если происходит своевременное опорожнение кишечника вместе с токсинами и возбудителями.

- Запрещается самостоятельно делать клизмы, особенно с горячей водой.

- Нельзя класть горячие грелки на живот, что усилит воспалительный процесс.

- При наличии симптомов острой кишечной инфекции и подозрении на хирургическую патологию необходимо быстро обратиться за врачебной помощью.

Далее систематизированы и представлены мероприятия по профилактике ПТИ:

1. необходимо неукоснительное соблюдение правил общественной и личной гигиены;
2. регулярно проверять сроки годности продуктов;

3. продукты с истекшим сроком годности не употреблять в пищу, даже если они хранились в холодильнике. Многие токсины хорошо сохраняются при низких температурах;

4. готовить пищу следует, соблюдая все технологические процессы;

5. овощи и фрукты всегда тщательно мыть;

6. следует соблюдать осторожность во время путешествий, особенно в развивающиеся страны, где распространены эти заболевания. Не употреблять в таких поездках спиртные напитки со льдом, избегать есть сырые овощи, фрукты, салаты. Употреблять только свежеприготовленные горячие блюда.

7. пить только кипяченую или бутилированную воду.

Рекомендации по профилактике ПТИ стафилококковой этиологии. Меры должны быть направлены на предупреждение обсеменения патогенными стафилококками пищевых продуктов:

1. своевременно выявлять и лечить людей с гнойными воспалительными заболеваниями кожи, верхних дыхательных путей (ангины, ОРЗ). Отстранять больных и носителей стафилококка от контакта с пищевыми продуктами;

2. особенно тщательно следить за здоровьем декретированной группы населения;

3. неукоснительно соблюдать правила личной гигиены работникам «молочного» производства;

4. хранить продукты при оптимальной температуре 4°C. При этих условиях не происходит размножение и накопление энтеротоксина в пищевых продуктах;

5. соблюдать установленные сроки реализации скоропортящихся продуктов;

4. на пищевых предприятиях обеспечивать высокий санитарный уровень, благоустройство и механизацию производственных процессов;

5. систематически повышать гигиенические знания по вопросам профилактики пищевых токсикоинфекций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выздоровление, как исход ПТИ, социальная реабилитация больного зависят от правильной и своевременной постановки диагноза и оказания медицинской помощи. Важны оперативность в проведении мероприятий, квалификация и профессионализм медработников, в том числе и медсестер. Существует проблема боязни госпитализации в инфекционную больницу, что иногда заставляет больных с ПТИ скрывать свое заболевание. Поэтому медицинская сестра должна заниматься и санитарно-просветительной работой.

Представленная работа позволит упорядочить теоретические и практические знания по ПТИ, узнать современные аспекты и применять полученную информацию на практике. Оформленные в работе таблицы и диаграммы позволят быстрее и качественнее провести анализ.

На основании материалов дипломной работы можно сделать следующие выводы.

1. ПТИ встречаются часто как у взрослых, так и у детей. Подобная ситуация характерна для Белгородской области и для города Белгорода.
2. Каждый год регистрируются лабораторно подтвержденные ПТИ и неуточненные.
3. Чаще среди уточненных ПТИ встречается стафилококковая интоксикация.
4. Пищевые токсикоинфекции встречаются в виде групповых вспышек.
5. В последние годы высокими остаются цифры, не подтвержденных лабораторно ПТИ. Это осложняет работу эпидемической службы в очагах инфекции.
6. Большую работу по диагностике проводит медицинская сестра. Это забор материала для бактериологического исследования, хранение его и транспортировка в лабораторию. От ее действий зависит дальнейшее качество исследования.
7. Для грамотного наблюдения за пациентом медсестре необходимо хорошо знать клинику ПТИ.

8. Медсестра принимает самое непосредственное участие в оказании экстренной помощи. Это – промывание желудка, дача адсорбента, проведение регидратации.
9. Медицинская сестра контролирует питание больных.
10. Медсестра осуществляет наблюдение за больными в динамике.
11. Большое значение имеет неспецифическая профилактика.

Предложения.

1. не готовьте салаты, заправленные майонезом и сметаной, блюда из рубленного мяса в больших количествах. Их нельзя хранить в холодильниках более суток;
2. полуфабрикаты и изделия из мяса следует обязательно подвергать повторной термической обработке;
3. все пирожные, торты с кремом хранятся только в холодильниках;
4. зелень, овощи и фрукты необходимо тщательно промывать с последующей обработкой кипятком;
5. нельзя приобретать продукты у случайных лиц или в местах несанкционированной торговли;
6. обращайте внимание на защиту продуктов питания от насекомых и животных при отдыхе на природе, на даче;
7. ни в коем случае нельзя заниматься самолечением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонова, Т. В. Инфекции в практике медицинской сестры [Текст] : учеб. пособие / Т. В. Антонова, В.Б. Барановская, Д. А. Лиознов, Н. В. Сабадаш. – Санкт-Петербург : Спец Лист, 2015. – 240 с.
2. Белоусова, А. К. Диагностика инфекционных заболеваний. МДК 01.01. Пропедевтика клинических дисциплин [Текст] : учеб. пособие / А. К. Белоусова; под ред. О. И. Морозовой. – 19-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. – 187 с.
3. Белоусова, А. К. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии [Текст] : учеб. пособие / А. К. Белоусова, В. Н. Дунайцева; под ред. Б. В. Кабарухина. – 4-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2014. – 412 с.
4. Богословская, Е. В. Лабораторная диагностика инфекционных болезней [Текст] : учеб. пособие / Е. В. Богословская, Г. В. Белошицкий; под ред. Е. В. Мостковой. – 3-е изд. – Москва : Бином, 2014. – 648 с.
5. Василенко В.Х. Гребнев А.Л. Михайлова Н.Д. Пропедевтика внутренних болезней [текст] – М. Медицина, 2014. – 654.
6. Возианова, Ж. И. Инфекционные и паразитарные заболевания [Текст] / Ж. И. Возианова // Здоровье. - 2016.—№ 1.— С. 171–188.
7. Запруднов, А. М. Педиатрия с детскими инфекциями [Текст] : учеб. пособие / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 506 с.
8. Комарова Ф.Н., Кукеса В.Г., Внутренние болезни [текст]– М. Медицина, 2016. – 45.
9. Лазовскис И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов [текст] – Медицина, 2015. – 542.
10. Лобзин, Ю. В. Руководство по инфекционным болезням [Текст] : учеб. пособие / Ю. В. Лобзин. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Фолиант, 2014. — 932 с.

11. Лучшев, В. И. Атлас инфекционных болезней [Текст] : учеб. пособие / В. И. Лучшев, С. Н. Жаров; под ред. В.В. Никифорова. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 224 с.
12. Маколкин В.И. Овчаренко С.И. Внутренние болезни [текст] – М. Медицина, 2014. – 324.
13. Покровский, В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология [Текст] : учеб. пособие / В. И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико, Б. К. Данилин. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1008 с.
14. Рычнев, В. Е. Методические указания по классификации инфекционных болезней для студентов, субординаторов, интернов и врачей [Текст] : учеб. пособие / В. Е. Рычнев. – 3-е изд. – Воронеж : Поларис, 2015. – 45 с.
15. Семенов, В.М. Руководство по инфекционным болезням [Текст] : учеб. пособие / В. М. Семенов, Т. И. Дмитраченко, В. М. Козин, И. В. Жильцов, Д. В. Пискун, С. К. Зенькова, Д. М. Семенов, И. В. Кучко; под ред. В.М. Семенова. – 2-е изд. – Москва : Медицинская литература, 2014. – 745 с.
16. Учайкин, В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей [Текст] : учеб. пособие / В. Ф. Учайкин. – 4-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 482 с.
17. Шувалова, Е. П. Инфекционные болезни: учеб. пособие / Е. П. Шувалова. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 959 с.
18. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни [Текст] : учеб. пособие / Н. Д. Ющук, Г. Н. Кареткина, Л. И. Мельникова. – 5-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 512 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Памятка для населения

Что делать, чтобы не заболеть пищевыми токсикоинфекциями

1 	2 	3 
Выбирать безопасные пищевые продукты	Тщательно готовить пищу	По возможности сразу же есть приготовленную еду
4 	5 	6 
Правильно хранить продукты	Сильно подогревать приготовленную ранее пищу	Избегать контакта между сырыми и готовыми блюдами
7 	8 	9 
Часто мыть руки	Содержать кухню в идеальной чистоте	Хранить пищу в недоступном для насекомых, грызунов и других животных месте
10 		
Использовать чистую воду		

Выполняя эти нехитрые правила, Вы сохраните свое здоровье!

СКАЖЕМ «НЕТ» ПИЩЕВЫМ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯМ



1. Не готовьте салаты, заправленные майонезом и сметаной, блюда из рубленного мяса в больших количествах. Их нельзя хранить в холодильниках более суток;
2. полуфабрикаты и изделия из мяса следует обязательно подвергать повторной термической обработке;
3. все пирожные, торты с кремом хранятся только в холодильниках;
4. зелень, овощи и фрукты необходимо тщательно промывать с последующей обработкой кипятком;
5. нельзя приобретать продукты у случайных лиц или в местах несанкционированной торговли;
6. обращайте внимание на защиту продуктов питания от насекомых и животных при отдыхе на природе, на даче.



1. Необходимо неукоснительное соблюдение правил общественной и личной гигиены;
2. регулярно проверять сроки годности продуктов;
3. продукты с истекшим сроком годности не употреблять в пищу, даже если они хранились в холодильнике. Многие токсины хорошо сохраняются при низких температурах;
4. готовить пищу следует, соблюдая все технологические процессы;
5. овощи и фрукты всегда тщательно мыть;
6. следует соблюдать осторожность во время путешествий, особенно в развивающиеся страны, где распространены эти заболевания. Не употреблять в таких поездках спиртные напитки со льдом, избегать есть сырые овощи, фрукты, салаты. Употреблять только свежеприготовленные горячие блюда.
7. пить только кипяченую или бутилированную воду.

Ни в коем случае нельзя заниматься самолечением!