

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 клинических дисциплин

**УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051611
Васильченко Галины Александровны

Научный руководитель
преподаватель Семернина А.С.

Рецензент
заведующая отделением №1 ОГБУЗ
«Инфекционная клиническая больница
им Е.Н. Павловского» г. Белгорода
Ровенская Л.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	7
1.1. Этиология и эпидемиология ротавирусного гастроэнтерита.....	7
1.2. Патогенез ротавирусного гастроэнтерита.....	9
1.3. Клиническая картина.....	10
1.4. Диагностика ротавирусного гастроэнтерита.....	12
1.5. Лечение и уход при ротавирусном гастроэнтерите.....	13
1.6. Профилактика ротавирусного гастроэнтерита.....	14
ГЛАВА 2. УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ	17
2.1. Анализ ситуации по ротавирусной инфекции в мире.....	17
2.2. Анализ ситуации по ротавирусной инфекции в Российской Федерации..	18
2.3. Ситуация по ротавирусной инфекции в Белгородской области.....	19
2.4. Анализ особенностей клиники ротавирусного гастроэнтерита в детском возрасте.....	23
2.5. Особенности ухода при ротавирусном гастроэнтерите.....	27
2.6. Данные социологического исследования.....	30
2.7. Меры по профилактике ротавирусного гастроэнтерита.....	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	39
ПРИЛОЖЕНИЯ	41

ВВЕДЕНИЕ

В мире острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают второе место по распространенности. Среди них и ротавирусная инфекция, а именно – ротавирусный гастроэнтерит. По данным ВОЗ не менее 20 – 40% диарейных заболеваний, возникающих ежегодно в мире, обусловлены ротавирусами. Ротавирус может поражать как организм взрослого человека, так и ребенка, создавая нетипичную вирусным инфекциям клиническую картину. Этот тип вируса вводит в заблуждение даже врачей, и наносит серьезный вред здоровью.

Важно также знать, что ротавирус распространен по всему земному шару и способен длительное время выживать во внешней среде. Среди всех гастроэнтеритов у детей ротавирусная инфекция занимает ведущее место, вызывая от 30% до 70% всех ОКИ. Даже в экономически развитых странах ротавирусы в течение года вызывают около 60% всех случаев гастроэнтеритов у детей раннего возраста, а в зимнее время до 90%. Ротавирусная инфекция нередко является одной из основных причин смерти детей до 3 лет в развивающихся странах. Каждый год около 600 тысяч человек умирает от этой патологии.

Начиная с 1973 года, проведено множество исследований, которые подтверждают этиологическую связь ротавирусов с диарейными заболеваниями. Впервые ротавирусы были обнаружены в эпителиальных клетках двенадцатиперстной кишки и в каловых массах больных, где вирус содержится в больших концентрациях.

Актуальность проблемы также определяется:

- высокой эпидемиологической и социально-экономической значимостью этой патологии;
- широким и повсеместным распространением;
- активным вовлечением в эпидемический процесс детей, а также лиц репродуктивного, наиболее трудоспособного возраста;
- значительными расходами государства на лечение.

Также достоверно установлено, что развитие воспалительных и функциональных заболеваний различных органов пищеварительной системы у пациентов часто связано с перенесенной ротавирусной инфекцией. Кроме того, хроническая гастроинтестинальная патология у детей формируется после острых кишечных инфекций.

Главная задача медицинской сестры состоит в том, чтобы облегчить боль, страдания пациента, помочь быстрее выздороветь, вернуться к нормальной жизнедеятельности. Сестринский процесс несет новое понимание роли медсестры в практическом здравоохранении. Он требует от нее не только хорошей теоретической и технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за больными, работать с пациентом как с личностью.

В данной дипломной работе рассматривалась **тема:** «Участие медицинской сестры в профилактических мероприятиях при ротавирусном гастроэнтерите».

В ВКР определена **проблема** – это особенности ротавирусной инфекции на современном этапе.

Цель исследования: определение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в организации и проведении первичной, вторичной и третичной профилактики при ротавирусном гастроэнтерите.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

1. Проанализировать медицинскую литературу и периодические издания по теме дипломной работы.
2. Выделить профессиональные и общие компетенции медицинской сестры в организации и проведении первичной, вторичной и третичной профилактики при ротавирусном гастроэнтерите.
3. Провести анализ статистических данных распространённости ротавирусного гастроэнтерита в Российской Федерации и в Белгородской области.

4. Провести социологическое исследование факторов риска у пациентов ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им Е.Н. Павловского», на основании которого разработать программу сестринских компетенций профилактической помощи.

Объект исследования: пациенты с диагнозом ротавирусный гастроэнтерит, находившиеся на лечении в ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Павловского Е. Н.» города Белгорода.

Предмет исследования: участие медицинской сестры в профилактических мероприятиях при ротавирусном гастроэнтерите.

Гипотеза исследования: адекватные современные профилактические мероприятия позволят сократить заболеваемость, а также уменьшить продолжительность заболевания и снизить частоту осложнений.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ;
- статистический;
- социологический – анкетирование;
- обработка полученных экспериментальных данных.

База исследования — ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Павловского Е. Н.» города Белгорода.

Структура работы: дипломная работа по объему занимает 40 страниц.

Выпускная квалификационная работа состоит из:

- введения, где обозначена актуальность проблемы. Поставлены цели, определен предмет и объект исследования, сформулирована гипотеза.
- Глава 1 – «Современные аспекты ротавирусной инфекции» - теоретическая часть работы, то есть обзор литературы с собственными выводами.
- Глава 2 представляет материалы собственного исследования по ротавирусной инфекции, выводы.
- Заключение.

➤ Список использованных источников и литературы.

➤ Приложения.

Кроме того, работа дополнена графологическими структурами, таблицами, графиками и диаграммами.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

1.1. Этиология и эпидемиология ротавирусного гастроэнтерита

Ротавирусный гастроэнтерит — это инфекционное заболевание, поражающее желудочно-кишечный тракт.

Данная патология вызывается вирусом семейства Reoviridae, рода Rotavirus. Это РНК – содержащий вирус, внутриклеточный паразит. В зависимости от состава протеинов капсида ротавирусы разделяют на группы, подгруппы и серотипы. Патогенными для человека являются серотипы 1 – 4 и 8 – 9. Вирус устойчив во внешней среде, где сохраняет жизнеспособность в течение месяца [3, с. 266].

При электронной микроскопии было установлено, что частица вируса по форме напоминает колесо. Отсюда и произошло название – «ротавирус», от латинского «rota» – колесо.

Эпидемиология. Ротавирусный гастроэнтерит – это антропонозная инфекция. Источниками инфекции являются больные люди и вирусоносители. Возбудитель от источников выделяется в окружающую среду с каловыми массами. Это происходит уже в конце инкубационного периода, а также и в первые дни заболевания. Во второй половине периода разгара болезни возбудитель выделяется в меньшем количестве. Но и после перенесенного заболевания реконвалесцент может выделять вирус с фекалиями в течение 30 суток и более. Длительного носительства вируса более 6 недель не обнаружено.

На первом году жизни дети часто заражаются от инфицированной матери. Дети старшего возраста и взрослые могут заразиться от детей в организованных детских коллективах. Среди детей первого года жизни удельный вес ротавирусной инфекции составил 10%; а после года – 9%. Чаще ротавирусная патология встречается у детей в возрасте от 1 года до 3 лет.

Более опасны в плане заражения для здоровых людей больные с бессимптомной формой. Бессимптомная форма ротавирусной инфекции

встречается у медицинского персонала роддомов и инфекционных отделений, а также у детей, посещающих детские сады.

Основным механизмом передачи инфекции является фекально-оральный.

Пути передачи инфекции:

1. контактно-бытовой путь. Чаще всего он реализуется, когда не соблюдаются правила личной гигиены. Микроб попадает на руки больного, если он не моет их после посещения туалета. Далее ротавирус с грязных рук может попасть на предметы обихода. После контакта с зараженными предметами здоровый человек опять же через руки заносит микроб в ротовую полость;
2. водный путь. Этот путь реализуется при употреблении зараженной воды в некипяченом виде. Это может быть, как вода из открытых источников, так и бутилированная, когда не соблюдаются санитарно-гигиенические нормы на предприятиях по розливу воды;
3. алиментарный путь. Он реализуется при употреблении в пищу зараженных продуктов. Чаще это не пастеризованное молоко и другие молочные продукты.

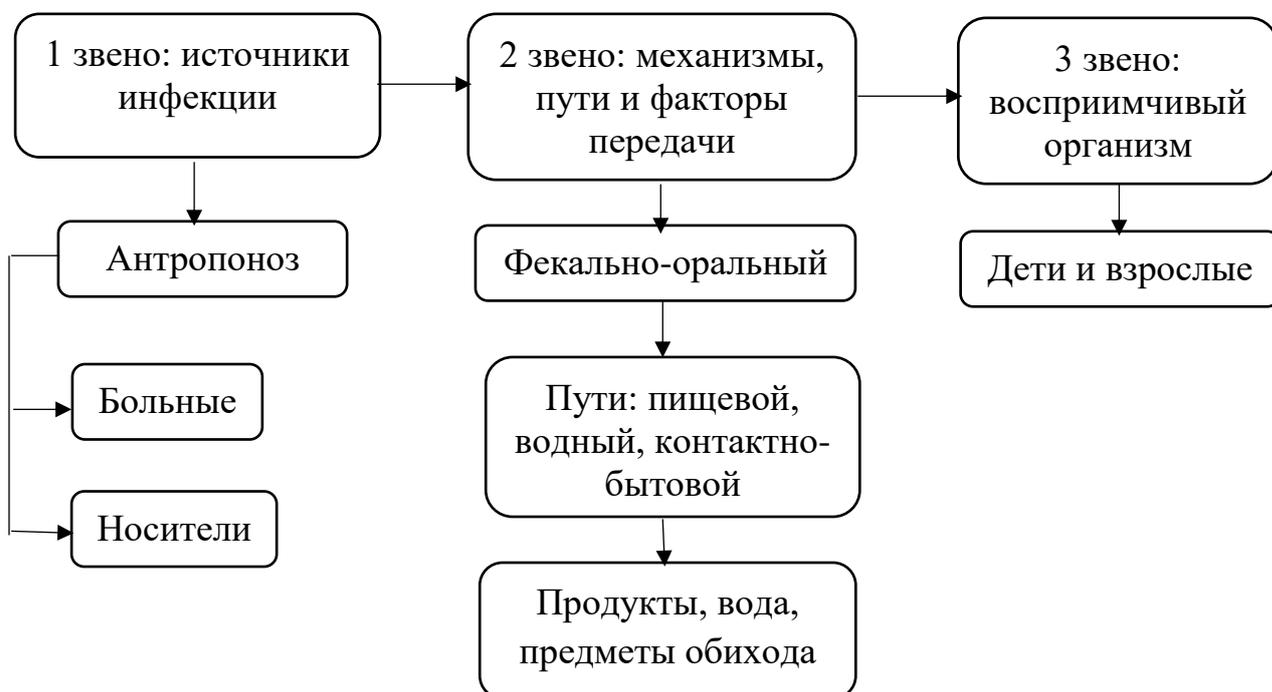
Наиболее высокой восприимчивостью к вирусу обладают дети от 6 месяцев до 2–3-х лет. Также повышена восприимчивость к ротавирусной инфекции у людей с иммунодефицитом. Часто заболевание проявляется и в виде групповых вспышек.

Сезонный подъем заболеваемости приходится на осенне-зимне-весенние месяцы. Повышение числа больных начинается с ноября и продолжается по март, апрель. Пик заболеваемости отмечается в декабре – январе (37,5% и 24%).

После перенесенного заболевания формируется типоспецифический непродолжительный иммунитет [9, с. 767].

Ниже, в виде графологической структуры представлен эпидемический процесс при ротавирусном гастроэнтерите.

Графологическая структура эпидемического процесса при ротавирусном
гастроэнтерите



1.2. Патогенез ротавирусного гастроэнтерита

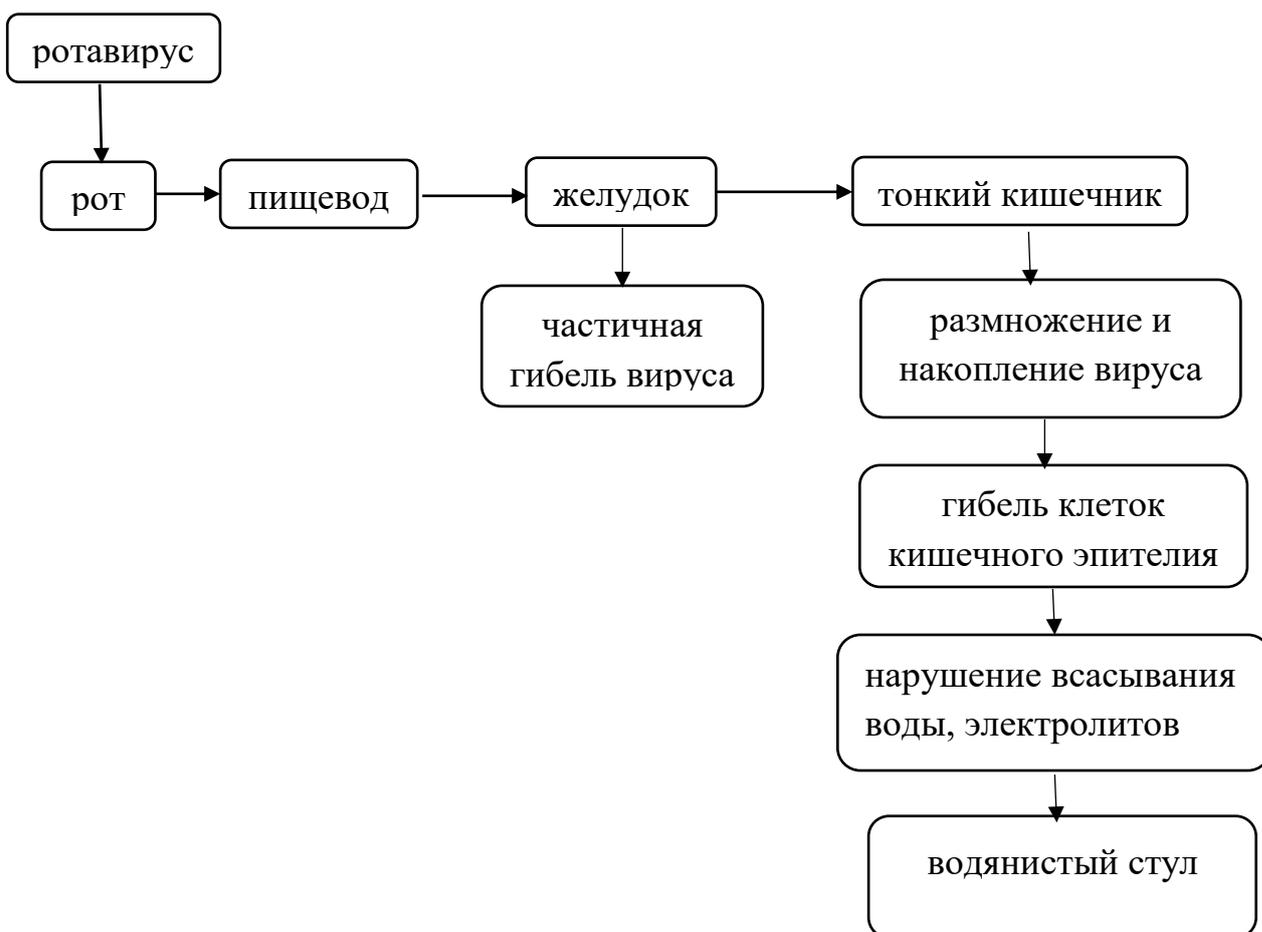
В желудочно-кишечный тракт человека ротавирус проникает через рот. Затем возбудитель поражает эпителиальные клетки слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и проксимального отдела тощей кишки. В этих отделах тонкого кишечника происходит активное размножение и накопление вируса. В дальнейшем клетки кишечного эпителия погибают. Это как раз тот слой клеток, которые выстилают слизистую кишечника. А затем происходит отторжение ворсинок. Основная функция ворсинок – это всасывание в кровь питательных веществ. При заболевании эта функция нарушается, так как клетки, замещающие отмершие ворсинки, неполноценны. Они не способны адсорбировать и усваивать углеводы и простые сахара. При нормальном функционировании кишечника сложные углеводы под действием ферментов распадаются на простые сахара (глюкозу). Этот процесс нарушен. Накопление

в кишечнике не всосавшихся компонентов приводит к нарушению всасывания воды и электролитов. Соответственно, далее развивается водянистая диарея.

Патогенез ротавирусного гастроэнтерита представлен в виде графологической структуры.

Таблица 2

Графологическая структура патогенеза ротавирусного гастроэнтерита



1.3. Клиническая картина

Инкубационный период: от 14-16 часов до 7 дней, в среднем 1-4 дня.

Симптомы ротавирусного гастроэнтерита:

- умеренное повышение температуры тела (до 37-38°C), озноб;
- симптомы интоксикации: вялость, слабость, сниженный аппетит, головная боль, утомляемость, миалгия;
- рвота, которая предшествует поносу или появляется вместе с ним;

- повторная рвота (до 2-6 раз);
- многократная рвота (до 10-12 раз и более);
- диарея: стул пенистый, жидкий, водянистый без примесей в виде крови или слизи.
- частота стула зависит от тяжести течения заболевания. Чем тяжелее течение, тем чаще эпизоды диареи: от 5 раз в сутки в виде кашицеобразного стула (при легком течении), до 20 раз в сутки в виде водянистого стула (при тяжелом течении).
- боли в верхней части живота: чаще умеренные, постоянные; или схваткообразные, сильные;
- метеоризм, урчание, вздутие живота;
- снижение диуреза, то есть уменьшение объема выделяемой мочи.

Клинические формы

По степени тяжести заболевания различают.

Легкую степень ротавирусной инфекции, которая характеризуется:

- повышением температуры тела до субфебрильных цифр;
- умеренно выраженной тошнотой или однократной рвотой;
- жидким кашицеобразным стулом до 5-10 раз в сутки;
- умеренными признаками интоксикации, сохраняющимися 1-2 дня: слабостью, вялостью, головной болью.

Для среднетяжелой степени характерно:

- повышение температуры тела до 38°C;
- многократная рвота в течение 1,5-2 дней;
- обильный водянистый стул до 10-20 раз в сутки.

Тяжелая степень характеризуется:

- частой рвотой более 2-х дней;
- водянистой диареей, стул более 20 раз за сутки.

Кроме типичных форм ротавирусной инфекции выделяют еще и атипичные:

1. стертая форма. Для нее характерны слабовыраженные симптомы, которые быстро проходят;

2. бессимптомная форма. Данная форма заболевания не сопровождается клиническими симптомами. Только лабораторным путем можно выявить наличие патологии.

Заболевание чаще носит непродолжительный характер. У взрослых клиническое выздоровление регистрируется на 3 – 4сутки, у детей – на 5 – 6 сутки от начала заболевания.

Осложнения и последствия:

- почечная недостаточность;
- сердечно-сосудистая недостаточность;
- дисбактериоз кишечника (нарушение нормального баланса микрофлоры кишечника, сопровождающееся увеличением количества патогенных и условно-патогенных микроорганизмов).
- Летальный исход наблюдается у детей на фоне сниженного иммунитета и у лиц пожилого возраста при сопутствующих инфекциях [12, с. 357].

1.4. Диагностика ротавирусного гастроэнтерита

Клиническая диагностика.

1. Проводится анализ жалоб пациента. Собирается анамнез заболевания: когда появились первые симптомы, до каких цифр повышалась температура, сколько раз отмечались водянистый стул и рвота, характер болей в животе.

2. Анализ эпидемиологического анамнеза. Было ли подобное заболевание среди ближайшего окружения; устанавливается факт употребления в пищу продуктов и некипяченой воды сомнительного происхождения.

3. Общий объективный осмотр пациента. Измеряется температура тела. Осматриваются кожные покровы, отмечается их цвет, влажность, тургор тканей. Отмечается состояние слизистых оболочек. Измеряется артериальное давление, подсчитывается ЧСС. Осматриваются выделения больного.

Лабораторная диагностика.

1. Проведение электронной или флюоресцентной микроскопии кала на выявление антигенов.
2. Метод ПЦР – определение генетического материала вируса в кале.
3. Серологические методы. Определение наличия антител, то есть специфических белков иммунной системы. Основная их функция – распознавание антигена и дальнейшая ликвидация. Антитела находятся в сыворотке крови больного [2, с. 87].
4. Экспресс-тест. В большинстве аптек продаются специальные полоски для быстрого домашнего определения болезни. Тест содержит в себе антигены к патогенному агенту А-типа — наиболее распространенной форме ротавируса. Полоску погружают в каловую массу и в случае положительного результата с вероятностью в 90 процентов обнаруживается вышеупомянутый ротавирус.
5. Копрологическое исследование. В кале определяют зерна крахмала, неперевавленную клетчатку, нейтральный жир.
6. Исследование кишечного пейзажа. На фоне ротавирусного гастроэнтерита нарушается состав микрофлоры кишечника, снижается количество бифидобактерий.
7. Назначается консультация врача-инфекциониста.

1.5. Лечение и уход при ротавирусном гастроэнтерите

Пациенты с легкой степенью заболевания могут лечиться амбулаторно. Лица со среднетяжелой и тяжелой степенью заболевания подлежат госпитализации.

Больным назначают обильное питье. Это может быть отвар кураги и изюма, ромашковый чай, минеральная вода без газа.

При выраженном обезвоживании, когда больной в результате многократной рвоты и жидкого стула потерял много жидкости и солей, показано внутривенное введение глюкозо-солевых растворов.

Лечебная диета:

- дробное питание, то есть небольшими по объему порциями (300,0) 5 – 6 раз в день;
- щадящая жидкая пища, но должна быть богата белками, солями, витаминами;
- ограничение углеводов;
- исключение молока, молочных продуктов;
- исключить в сыром виде овощи, фрукты.

Показан прием энтеросорбентов, то есть лекарственных средств различной структуры, осуществляющих связывание токсинов, газов, прочих антигенов в желудочно-кишечном тракте с их последующим выведением.

Целесообразно назначение ферментативных препаратов – это: мезим-форте, панзинорм-форте, фестал, мексаза, панкреатин.

На фоне ротавирусного гастроэнтерита развивается дисбактериоз кишечника. В результате количество колоний бифидобактерий значительно понижается. В связи с этим назначают препараты, содержащие бифидобактерии – бифидумбактерин, бификол, идентичные присутствующим в здоровом кишечнике [14, с. 237].

1.6. Профилактика ротавирусного гастроэнтерита

Профилактические мероприятия можно разделить на плановые и экстренные. Экстренные проводятся в очагах инфекции. Также профилактика делится на специфическую и неспецифическую.

Неспецифические методы профилактики:

- соблюдение санитарно-гигиенических норм на всех предприятиях водоснабжения и пищевой промышленности;
- необходимо соблюдать правила личной гигиены: мыть руки с мылом после посещения туалета, после общественного транспорта, перед едой;

- регулярно проводить влажную уборку и дезинфекцию помещений, игрушек;
- употреблять в пищу только хорошо вымытые овощи, фрукты, пастеризованное и кипяченое молоко.

Специфическая профилактика – это медикаментозная профилактика. Заключается она в иммунизации населения. Вакцинация проводится на любом этапе жизни человека, но в случае с детьми является наиболее необходимой.

На сегодняшний день существует два вида вакцины, различающиеся по возрастным ограничениям:

1. «Ротатек» – американское средство, предназначенное для детей в период от 6 до 32 недели жизни;
2. «Ротарикс» – бельгийский препарат, использующийся после 6 месяцев.

Оба вида вакцины выпускаются в форме пероральных капель. Промежутки между применением вакцины в каждом случае составляют 4 недели. Вакцинация проводится в три этапа.

Еще одно средство, применяемое как в целях профилактики, так и для лечения, – «Энтерофурил». В остальном, лекарства, которое полностью исключало бы вероятность заражения или боролось с вирусной инфекцией, не существует.

Для детей грудного возраста большую роль играет вскармливание молоком матери, так как при этом организм малыша получает защиту от вирусов.

Выводы из теоретической части.

- Острые кишечные инфекции занимают второе место в мире по распространенности. Среди них и ротавирусный гастроэнтерит.
- Данная патология встречается повсеместно.
- В эпидемический процесс вовлекаются как дети, так и взрослые, лица репродуктивного, наиболее трудоспособного возраста.

- Установлено, что развитие воспалительных и функциональных заболеваний различных органов пищеварительной системы часто связано с перенесенной ротавирусной инфекцией.
- После острых кишечных инфекций, в том числе и ротавирусного гастроэнтерита может формироваться хроническая гастроинтестинальная патология.
- Сестринский процесс несет новое понимание роли медсестры в практическом здравоохранении.
- Главная задача медицинской сестры состоит в том, чтобы облегчить боль, страдания пациента, помочь быстрее выздороветь, вернуться к нормальной жизнедеятельности.
- От медицинской сестры требуется хорошая теоретическая и техническая подготовка, умение творчески относиться к уходу за больными, работать с пациентом как с личностью.

ГЛАВА 2. УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ

2.1. Анализ ситуации по ротавирусной инфекции в мире

Во всем мире ротавирусная инфекция находится в центре внимания здравоохранения. На сегодняшний день это одна из самых частых причин тяжелых гастроэнтеритов у детей до 5 лет. С ротавирусной инфекцией ежегодно регистрируется 25 миллионов визитов к врачам, два миллиона госпитализаций и более 500 тысяч смертей. 30% всех летальных исходов у детей младшего возраста связаны с данной патологией.

Дополняя данные статистики, следует отметить, что диарея — вторая причина смертности детей после пневмоний. Среди всех случаев диарей около половины вызывает ротавирус. Ежедневно в мире около 500 взрослых и 4300 детей умирают от подтвержденной ротавирусной инфекции.

По данным ВОЗ, уровень распространенности ротавируса в странах с высоким и низким уровнем санитарных условий одинаков. Этот факт подтверждает высокую контагиозность вируса и невозможность бороться с ним только при помощи гигиенических мер. Ротавирус одинаково высоко распространен во всех странах. Доказано, что инфицирующая доза вируса крайне мала. Для развития заболевания у детей достаточно всего $10 - 10^2$ вирусных частиц. Это значительно меньше, чем требуется для того, чтобы заразиться гепатитом А.

Уже в 94 странах мира, в том числе в США, Австралии, европейских государствах, Мексике, Бразилии внедрена вакцинация против РВИ. Данная иммунопрофилактика включена в национальные календари прививок.

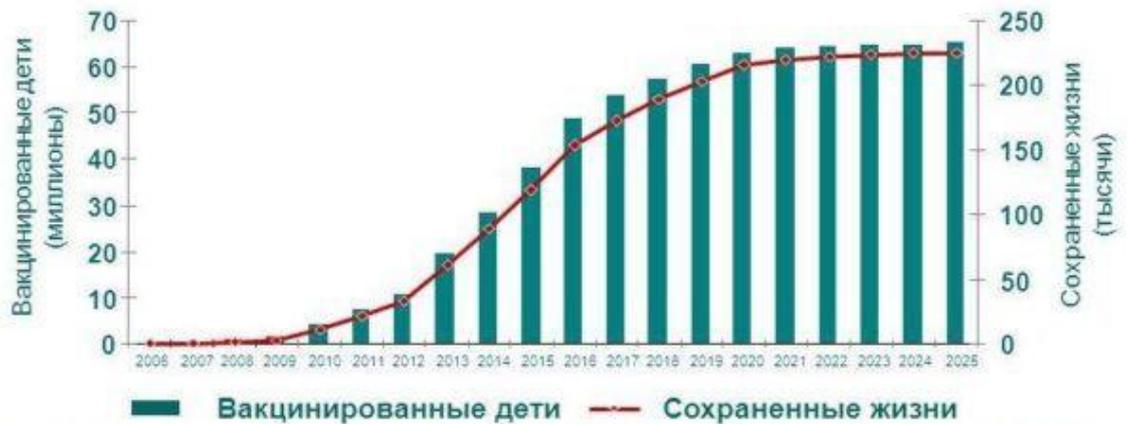


Рис. 1. Потенциальные возможности специфической профилактики

Вывод: вакцинация против ротавирусной инфекции спасет жизни многих детей. В следующие 20 лет, вакцинация 716 миллионов детей поможет:

- спасти 2,4 миллиона жизней;
- предупредить 93 миллиона госпитализаций и визитов к врачам;
- сэкономить 500 миллионов долларов прямых медицинских расходов.

2.2. Анализ ситуации по ротавирусной инфекции в Российской Федерации

На протяжении последних 16 лет в Российской Федерации отмечается устойчивое увеличение заболеваемости ротавирусной инфекцией. Максимальные показатели заболеваемости, в основном за счёт детского населения, зарегистрированы в Уральском, Северо-Западном, Дальневосточном и Сибирском федеральных округах.

Ежегодно растет заболеваемость ротавирусным гастроэнтеритом. Сейчас она составляет 70 человек на 100 тысяч населения. По данным Роспотребнадзора, регистрируется около 200 тысяч случаев заболеваний у детей в год. Еще не во всех ЛПУ имеются тест-системы для быстрой диагностики ротавируса. В поликлиниках и на дому диагностика, как правило, не проводится. Поэтому данные статистики смертности от ротавирусов в 30 раз

ниже, чем в соседних странах, где схожий уровень социально-экономического развития. Доказано, что к 5 годам практически каждый ребенок переносит эту инфекцию.

Выводы: итак, ротавирусный гастроэнтерит

- самая частая причина диарей у детей до 5 лет – 45%;
- практически каждый ребенок переносит хотя бы однажды в возрасте до 5 лет;
- наиболее тяжело протекает у детей в возрасте 4 – 24 месяцев;
- причина 20% – 30% всех госпитализаций у детей до 5 лет;
- в этиологической структуре внутрибольничных инфекций составляет 61%.

Самое эффективное средство по борьбе с ротавирусной инфекцией в современных условиях – это специфическая иммунопрофилактика. На сегодняшний день вакцинация является оптимальной для Российской Федерации, учитывая создавшиеся условия:

- отсутствие положительных сдвигов и тенденций в коммунальном обустройстве отдельных регионов;
- отсутствие специфических средств лечения ротавирусной инфекции;
- широкая распространенность и высокая контагиозность ротавирусной патологии;
- неблагоприятные последствия болезни, в частности, в виде развития вторичной бактериальной инфекции.

2.3. Ситуация по ротавирусной инфекции в Белгородской области

В исследовательской части дипломной работы первоначально была поставлена задача, проанализировать ситуацию по заболеваемости кишечными инфекциями вирусной этиологии и в частности ротавирусным гастроэнтеритом

в Белгородской области и городе Белгороде. Медицинская сестра четко должна представлять, с каким контингентом больных чаще приходится работать.

Также проведен подсчет и анализ количества пациентов с ротавирусным гастроэнтеритом по отношению ко всем больным с острыми кишечными инфекциями вирусной этиологии. Данный анализ представлен и в процентах. Результаты анализа оформлены и отражены в таблице 3.

Таблица 3

Острые кишечные инфекции вирусной этиологии, регистрируемые в
Белгородской области

Годы \ Заболевания	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ОКИ, вызванные вирусами	939	1112	1398	1346	975	1144
ОКИ, вызванные ротавирусами	911	1089	1158	1100	763	780
% от всех пострадавших	97%	97,9%	82,8%	81,7%	78,2%	68,2%

Для лучшей наглядности на основании данных таблицы построены следующие диаграммы.



Рис. 2. Заболеваемость ОКИ вирусной этиологии в Белгородской области

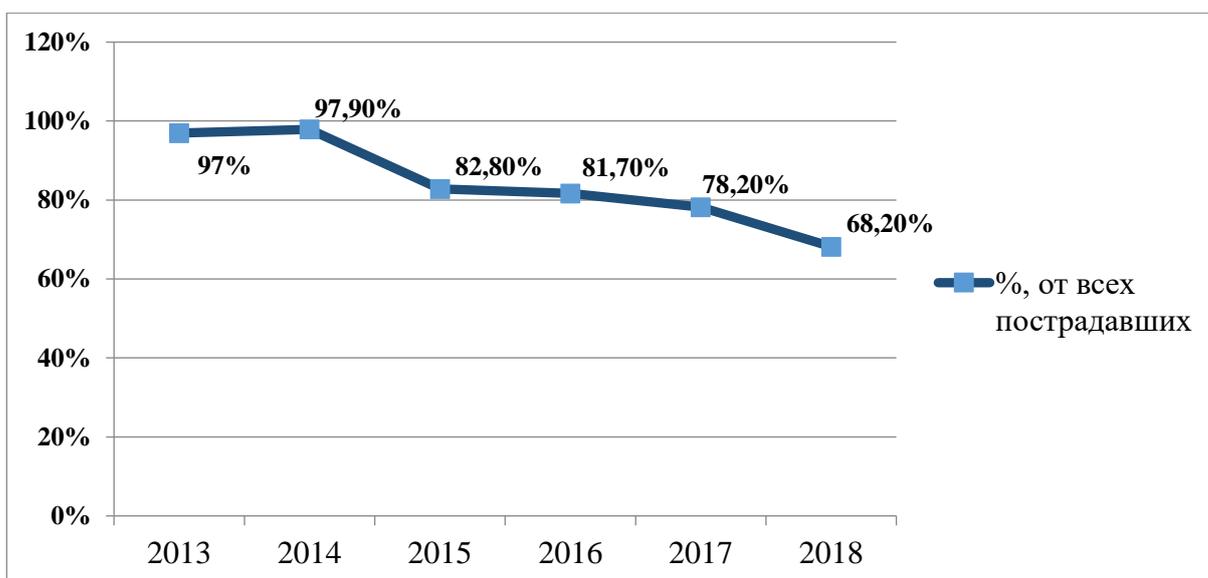


Рис. 3. Заболеваемость ротавирусным гастроэнтеритом, выраженная в % от всех ОКИ вирусной этиологии

Вывод:

- острые кишечные инфекции вирусной этиологии встречаются часто у жителей Белгородской области;
- чаще всего эта патология регистрировалась в 2015 году;
- всего на 50 больных меньше отмечалось в 2016 году;
- в 2017 году заболеваемость уменьшилась на 27,6%;
- в 2018 году заболеваемость выросла на 17,3%.

Среди всех ОКИ вирусной этиологии чаще всего встречался ротавирусный гастроэнтерит.

- Так в 2013 году ротавирусный гастроэнтерит составил 97% от числа всех вирусных ОКИ.
- В 2014 году этот показатель составил 97,9%.
- В 2015 году ротавирусный гастроэнтерит составил 82,8% от числа всех вирусных ОКИ.
- В 2016 году – 81,7%.
- В 2017 году показатель снизился до 78,2%.
- В 2018 году показатель еще уменьшился до 68,2%.

В 2018 году в абсолютных цифрах количество пациентов с ротавирусным гастроэнтеритом увеличилось на 17 человек, но увеличилось и число вирусных ОКИ.

Далее проанализирована динамика заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом в Белгородской области. Результаты отражены в таблице 4.

Таблица 4

Динамика заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом в Белгородской области

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Абсолютные показатели	911	1089	1158	1100	762	780
Повышение или снижение заболеваемости в % к предыдущему году		+ 19,5%	+ 6,3%	- 5,1%	- 30,7%	+2,4%

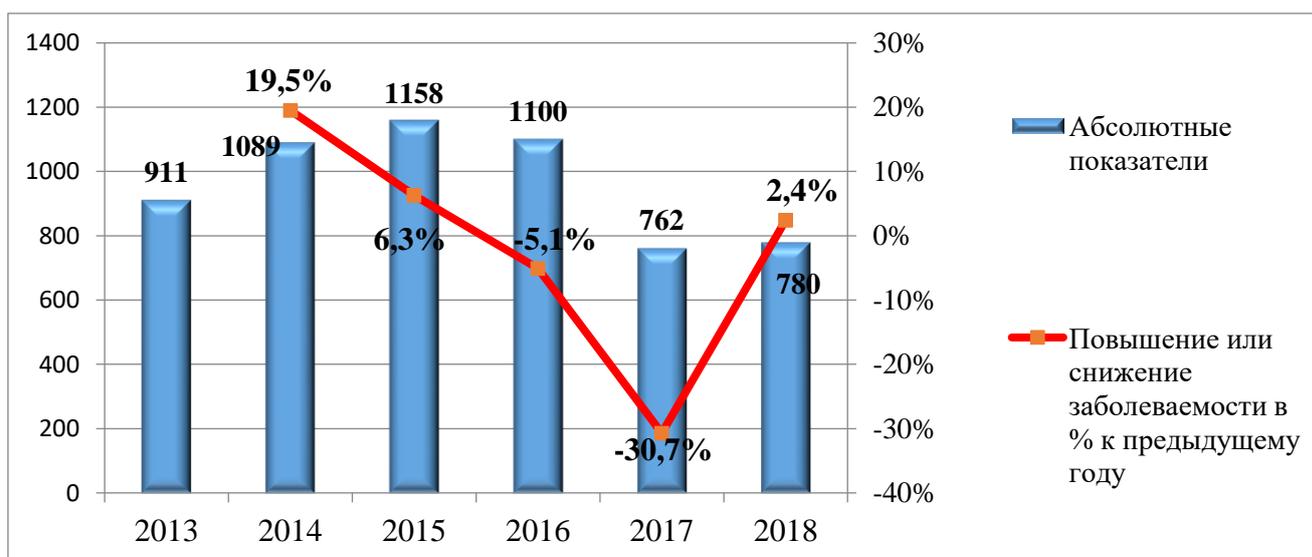


Рис. 4. Динамика заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом в Белгородской области

Заболеваемость ротавирусным гастроэнтеритом увеличивалась с 2013 по 2015 год. В 2016 году данная патология уменьшилась на 5,1%. Еще меньше больных регистрировалось в 2017 году, заболеваемость снизилась на 30,7% по сравнению с 2016 годом. Но в 2018 году заболеваемость пусть ненамного, но все же увеличилась, + 2,4% по сравнению с 2017 годом.

Выяснено, что чаще ротавирусный гастроэнтерит встречается у детей. Для того, чтобы профессионально проводить первичную, а особенно вторичную и третичную профилактику необходимо знать особенности клиники ротавирусного гастроэнтерита в детском возрасте.

2.4. Анализ особенностей клиники ротавирусного гастроэнтерита в детском возрасте

Проведен анализ основных симптомов болезни у 93 детей с лабораторно подтвержденным диагнозом «ротавирусный гастроэнтерит», находившихся на лечении в ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница имени Е.Н. Павловского». Проводилась курация больных и анализ историй болезни.

По возрасту дети были разделены на три группы. Также проанализирован и преморбидный фон у детей. Результаты анализа оформлены и детально представлены в таблице 5 и на диаграмме (Рис.5).

Таблица 5

Число детей с лабораторно подтвержденным диагнозом «ротавирусная инфекция»

Возраст	До 1 года	От года до 3 лет	Старше 3 лет
Количество детей	19 человек (20,4%)	48 (51,6)	26 (28%)
Отягощенный преморбидный фон (аллергия) у детей	13 человек (68,4%)	23 человека (48%)	6 человек (23%)

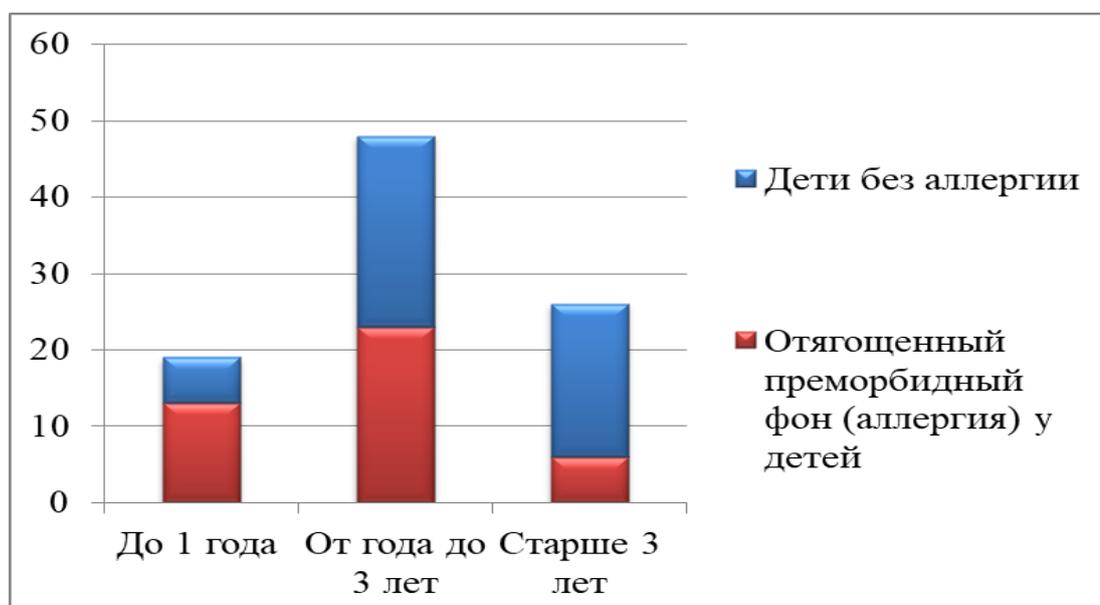


Рис. 5. Анализ заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом у детей

Вывод: у многих детей отмечался отягощенный преморбидный фон – аллергия: чаще пищевая и лекарственная.

На искусственном вскармливании находилось подавляющее большинство детей в возрасте до 1 года – 70%. На естественном и смешанном вскармливании были по 15% больных.

Основные диагнозы детей при госпитализации были: «кишечная инфекция» – 38%; «пищевая токсикоинфекция» – 13%; «ОРВИ + кишечная инфекция» – 48,5%.

Начальный симптом болезни у детей всех трех возрастных групп чаще был жидкий стул. По мере увеличения возраста детей нарастала частота появления рвоты в первый день болезни. Повышение температуры тела в начальный период заболевания отмечалось у половины пациентов. У 60% больных заболевание начиналось с одновременного появления рвоты и поноса.

Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта при ротавирусной инфекции у детей, а также их частота представлены в таблице 6.

Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта при ротавирусной
инфекции у детей

Симптомы	Возраст		
	До 1 года	1 – 3 года	Старше 3 лет
Диарея	81,5%	78,9%	83,1%
Рвота	57,9%	77,3%	80,8%
Снижение аппетита	31,6%	27%	1,4%
Отказ от еды	10,5%	6,3%	-
Срыгивание	26%	-	-
Обложенность языка	31,6%	31,3%	34,6%
Боли в животе	-	8,3%	65,4%
Урчание по ходу кишечника	26,3%	23,0%	30,0%
Метеоризм	5,0%	2,0%	3,8%
Спазм сигмовидной кишки	5,2%	6,3%	19%
Эксикоз	26,3%	7,7%	5,2%

Ведущим клиническим синдромом у детей всех возрастных групп был кишечный, сопровождавшийся развитием эксикоза, то есть обезвоживания 1 степени, реже 2-3.

Основными критериями тяжести болезни являются выраженность общей интоксикации, степень обезвоживания, кратность рвоты и стула.

У 10,5% детей в возрасте до 1 года отмечалась тяжелая степень, у 37% заболевание протекало в средней степени, у 51% - легкая степень. У детей старше года преобладали легкие формы – 69,2%; только у 4,1% болезнь протекала тяжело.

У 60% детей младше 1 года и у 70% старше года выявлено сочетание кишечного и респираторного синдромов. Сроки развития катарального синдрома представлены ниже в таблице 7.

Таблица 7

Сроки развития катаральных симптомов при ротавирусном гастроэнтерите у детей

Сроки появления катаральных явлений	Возраст (в годах)		
	До 1 года	1 – 3 года	Старше 3 лет
До появления кишечного синдрома	13,3%	12%	5,6%
Одновременно с кишечным синдромом	60%	69%	72,2%
После появления кишечного синдрома	26,7%	19%	22,2%
Отсутствие катаральных явлений	21%	12,5%	30,8%

Как наглядно видно из таблицы 7 чаще катаральный синдром появляется вместе с кишечным. Проявления катарального синдрома у детей в основном однотипны. Это:

- заложенность носа,
- гиперемия и зернистость в ротоглотке,
- нечастый сухой кашель.

Но у детей до 3 лет могут быть более выраженные катаральные явления:

- обильные слизистые выделения из носа,
- влажный кашель.

У детей всех возрастных групп часто отмечались симптомы общей интоксикации. Анализ представлен в таблице 8.

Таблица 8

Симптомы общей интоксикации при ротавирусной инфекции у детей

Симптомы	Возраст (в годах)		
	До 1 года	1 – 3 года	Старше 3 лет
Бледность кожи	57,9%	73,3%	65,4%
Вялость	42,1%	64,6%	61%

Симптомы	Возраст (в годах)		
	До 1 года	1 – 3 года	Старше 3 лет
Сонливость	5,3%	-	-
Беспокойство	26,3%	14,5%	-
Синева под глазами	5,3%	10,4%	3,8%

Особенно часто выявлялись бледность кожных покровов и вялость. Сонливость отмечали только у детей до года, да и то не часто.

Выводы: клиническая картина ротавирусной инфекции у детей характеризуется определенным симптомокомплексом. Ведущим синдромом является гастроэнтерит, реже энтерит, сочетающийся с повышением температуры и явлениями интоксикации. Отмечается также наличие катарального синдрома. Максимальная выраженность симптомов отмечалась на 1-2 дни болезни. Выздоровление наступало на 7 – 10 дни.

2.5. Особенности ухода при ротавирусном гастроэнтерите

Диетотерапия. Ведущим компонентом терапии при ротавирусном гастроэнтерите является рациональное лечебное питание. Обязательное условие диетотерапии больных детей – это организация режима питания и его постоянная коррекция в ходе заболевания, то есть в динамике.

1. Современная диетотерапия предполагает отказ от проведения водно-чайных пауз.

2. Состав рациона питания и его объем определяются:

- возрастом ребенка,
- характером предшествующего вскармливания,
- степенью тяжести и стадией заболевания,
- сопутствующей патологией.

Пища должна быть механически и химически щадящей.

3. Объем пищи в первые два дня болезни следует уменьшить:
 - при легких степенях тяжести на 15% - 20% от физиологической потребности;
 - при средней степени на 20 – 30%;
 - при тяжелой степени – на 40 – 50%.
4. Пищу следует давать в теплом виде – 33 – 38 С, в 5 - 6 приемов.
5. Начиная с третьего дня болезни суточный объем пищи увеличивают ежедневно на 10 – 15%.
6. В остром периоде рекомендуются молочно-кислые продукты: кефир, ацидофильные смеси.
7. Показано применение фруктов и овощей в отварном и печеном виде.
8. Супы на овощном отваре.
9. Мясо (говядина, телятина, кролик) в отварном виде.
10. Рыба нежирных сортов.
11. Творог, сыр.
12. Кисели, желе.
13. Свежеприготовленные компоты.

Исключаются из диеты в острый период болезни:

- молоко и все, что на нем готовится (до прекращения жидкого стула);
- бобовые, свекла, огурцы, редис;
- квашеная капуста;
- груши, сливы, дыни, мандарины;
- все жареные продукты;
- жирная и острая пища;
- шоколад;
- газированные напитки.

Пероральная регидратация проводится в два этапа.

I этап – ликвидация водно-солевого дефицита, возникшего до начала лечения, в первые 6 часов после поступления пациента.

II этап – это поддерживающая терапия. Она проводится весь последующий период лечения. Учитывается суточная потребность больного в жидкости и солях и продолжающиеся потери.

Пероральная регидратация может проводиться как в стационаре, начиная с приемного отделения, так и в поликлинике и на дому. Отпаивание больного может проводить медсестра. Медицинская сестра инструктирует и мать ребенка, и других ухаживающих за пациентом родственников.

Для пероральной регидратации применяются глюкозо-солевые препараты: «Регидрон», «Оралит», «Глюкосолан», «Цитраглюкосолан». Препараты разводят кипяченой водой комнатной температуры в количестве 1 литр. Раствор годен в течение суток. Эти препараты можно чередовать с кипяченой водой, полусладким чаем, компотом из сухофруктов. Во время проведения пероральной регидратации медсестра осуществляет учет потерь жидкости с испражнениями, рвотными массами, мочой. Медсестра ведет лист учета регидратации.

Эффективность пероральной регидратации оценивают по исчезновению или уменьшению выраженности симптомов обезвоживания, прекращению диареи, уменьшению объема испражнений, по прибавке массы тела.

Дезитоксикационная терапия. Энтеросорбция является этиотропной и патогенетической терапией. Энтеросорбенты способны адсорбировать и выводить из организма токсины, микроорганизмы. Наиболее важным является детоксикационный эффект энтеросорбции, связанный с элиминацией, выведением токсичных продуктов, некоторых других метаболитов. Применяют адсорбенты, как: «Смекта», «Энтеродез», «Полифепан», «Микросорб –П», «Пекто».

Также применяется в комплексном лечении ферментотерапия: «Пепсин», «Ацидин-пепсин», «Абомин», «Мезим-форте», «Фестал», «Креон», «Панкреатин», «Ораза».

Для купирования процессов брожения по назначению врача применяют кишечные антисептики: нитрофураны, хинолины (хлорхинальдол, интетрикс).

Также показаны биопрепараты: бифидумбактерин, лактобактерин, бификол, бактисубтил, линекс.

2.6. Данные социологического исследования

Для детального изучения потенциальных проблем в организации и проведении профилактики ротавирусного гастроэнтерита, а также улучшения качества сестринского ухода за пациентами, было проведено социологическое исследование.

Анонимно в анкетировании приняли участие 30 респондентов. Возраст – от 15 до 37 лет.

Социальный портрет респондента выглядит следующим образом:

- женского пола – 57%;
- мужского пола – 43%;

По условиям жизни:

- проживают в отдельной квартире/доме – 89%;
- в коммунальной квартире – 11%;
- проживают в городе – 65%;
- в сельской местности – 35%.

Следующий раздел анкетирования отражает грамотность пациентов как в плане ротавирусного гастроэнтерита в целом, так и в плане диеты при заболевании.

1. О существовании заболевания ротавирусный гастроэнтерит знали 18 человек из 30.
2. Об основных симптомах знали 18 респондентов из 30.
3. После возникновения патологии за медицинской помощью обратились
 - в первые часы болезни 5 человек;
 - к концу первых суток – 7 человек;

- на вторые сутки – 10;
- на третий день – 7 человек;
- на четвертый день обратился за медицинской помощью 1 из опрошенных.

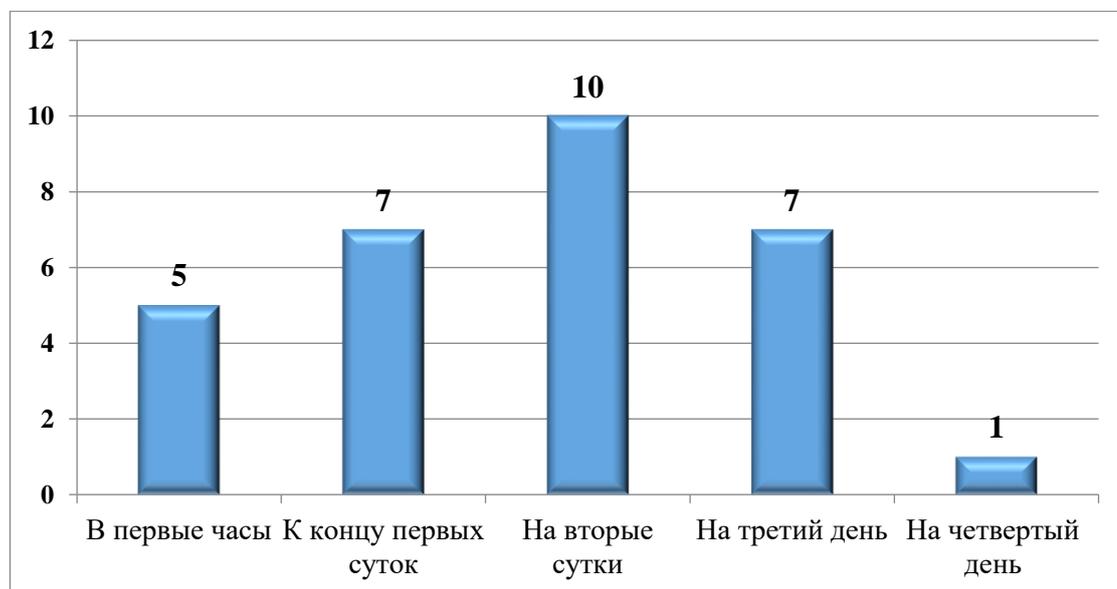


Рис. 6. Сроки обращения за медицинской помощью

На диаграмме (Рис.6) отражены сроки обращения больных за медицинской помощью. В первые сутки за профессиональной помощью обратилось только 40% респондентов, то есть менее половины. 33% пациентов обратились за квалифицированной помощью на вторые сутки. 27% обратились поздно, на 3-4 день болезни.

4. С тем, что нельзя заниматься самолечением, согласны 27 из 30.
5. О том, что необходима специальная диета при ОКИ, знали все.
6. А вот о том, какая это должна быть диета знают из 30 опрошенных только 7 человек. Остальные имеют поверхностное представление. Наиболее частая ошибка – это употребление молока и мясных бульонов в первые дни. Молоко можно включать в диету после прекращения диареи. Неполные сведения у людей и о том, какие овощи и фрукты разрешаются и в каком виде. Требуется дополнительное разъяснение и вопрос

длительности соблюдения диеты. Только половина респондентов знают о постепенном расширении диеты в периоде выздоровления.

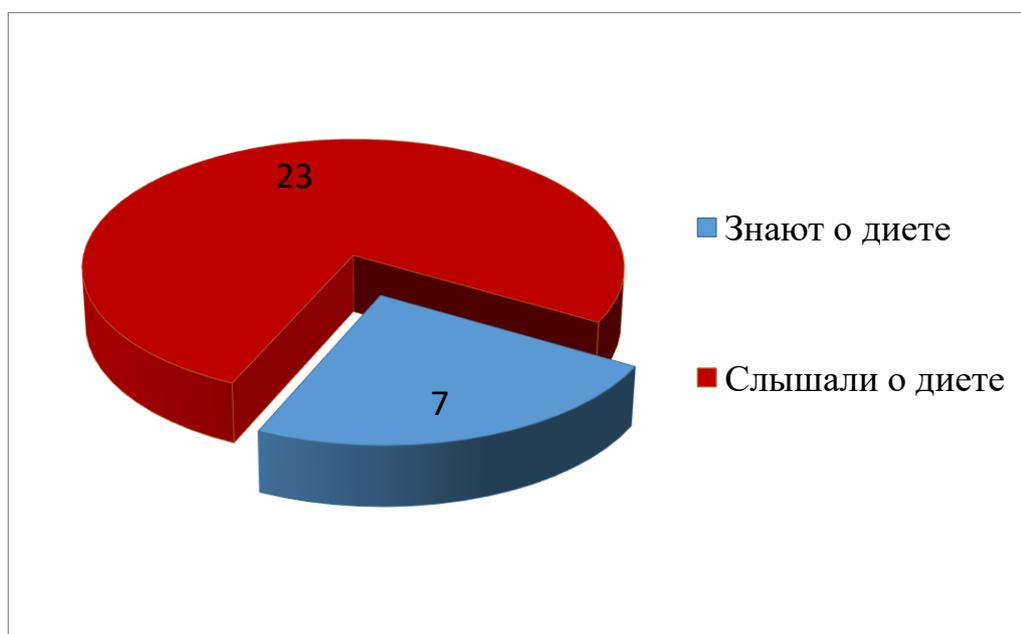


Рис. 7. Осведомленность респондентов о диете

7. При несоблюдении диеты ухудшение состояния отметили все больные.

Важно было выяснить причины несоблюдения диеты. Анализ представлен в таблице 9 и на диаграмме (Рис.8).

Таблица 9

Причины несоблюдения диеты респондентами

Причины несоблюдения диеты	Готовлю для всей семьи	Соблазны в магазинах	Нет условий на работе	Не считаю главным в лечение	Не хватает средств
Число респондентов	18	11	10	6	5
Число респондентов в %	36%	22%	20%	12%	10%

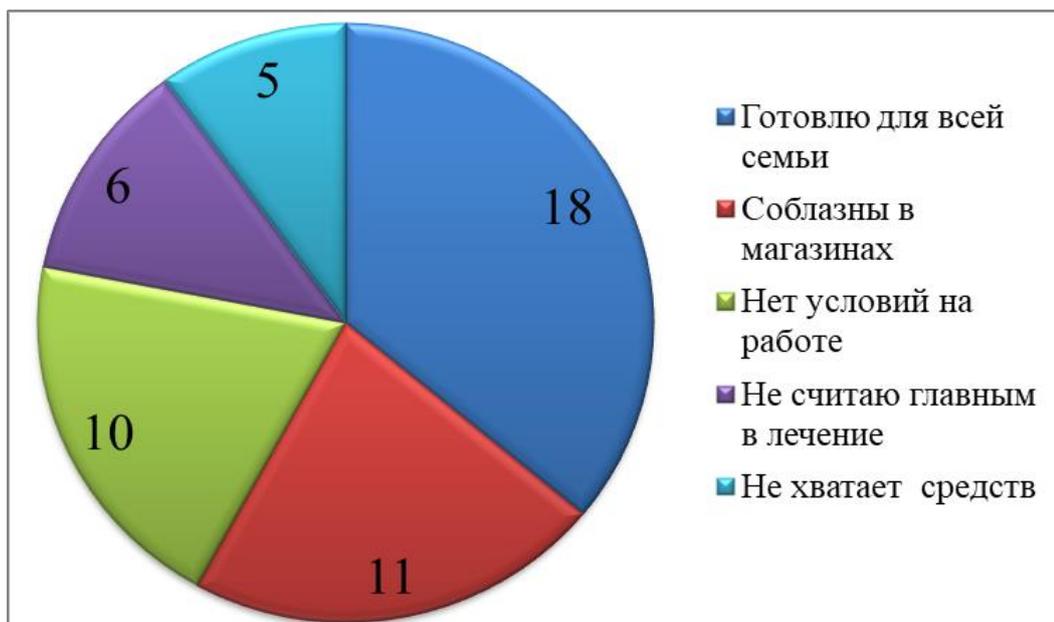


Рис. 8. Анализ причин несоблюдения диеты респондентами

Некоторые респонденты указали две основные причины. Чаще всего, а именно 36% отмечали, что готовят для семьи и отдельно для себя не хватает ни времени, а порой и средств. 22% отметили, что не могут устоять перед разнообразием продуктов в магазинах, кафе. Много, а именно 20% называют главной причиной отсутствие условий для соблюдения полноценной диеты на работе, по месту учебы. Ведь важно употреблять пищу небольшими порциями (300-400 грамм) 4-5 раз в день. И, к сожалению, 12% не верят в лечебные свойства диеты. Не хватает средств для соблюдения полноценной диеты у 10% респондентов.

Далее проанализированы источники информации пациентов. Информацию о ротавирусном гастроэнтерите респонденты получили:

- 38% узнали из средств массовой информации,
- 14% рассказали друзья, знакомые,
- 22% от медицинских сестёр,
- 26% от врачей.

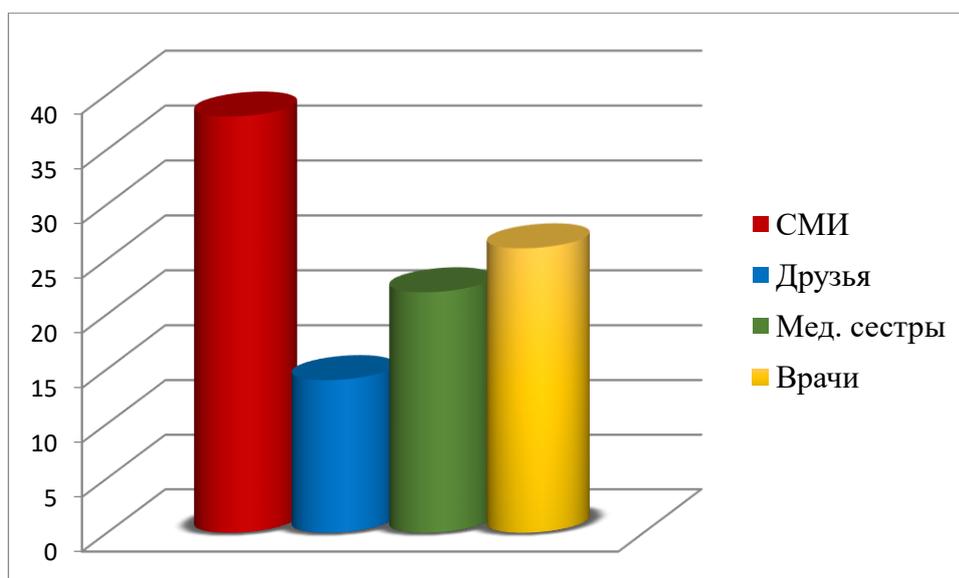


Рис. 9. Источники информации о ротавирусном гастроэнтерите

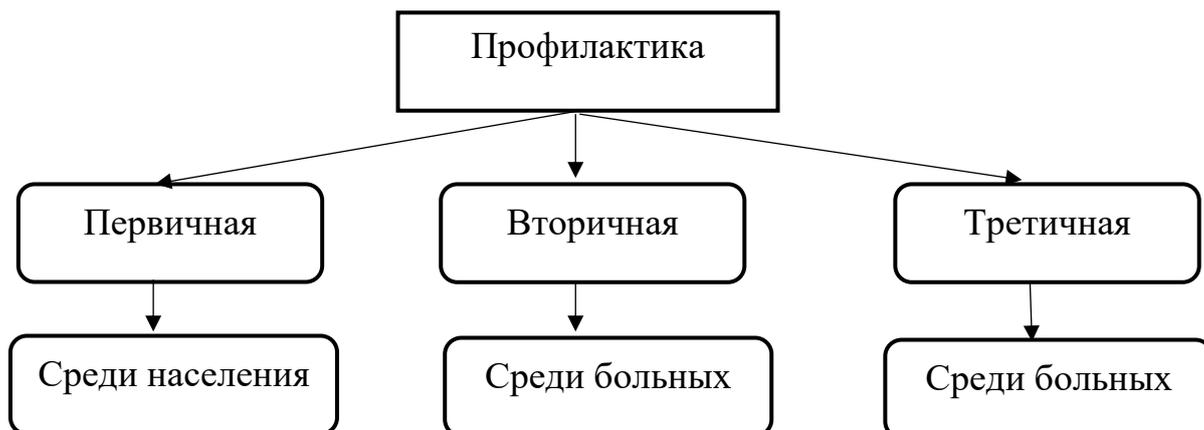
Вывод:

- многие узнают о заболевании от родственников, друзей и знакомых, из интернета и других немедицинских источников. В этих случаях, нельзя быть уверенными в достоверности полученной информации;
- только 48% респондентов получили сведения от медицинских работников. К сожалению, это очень малое количество;
- для предупреждения развития заболевания медицинской сестре необходимо проводить профилактические беседы, выпускать санитарные бюллетени, создавать буклеты – памятки. Также медицинским работникам необходимо вести надзор за средствами массовой информации о достоверности предоставляемой информации.

2.7. Меры по профилактике ротавирусного гастроэнтерита.

Первичная профилактика направлена на предотвращение ротавирусной инфекции. Вторичная профилактика направлена на предупреждение ухудшения состояния, возникновение осложнений. Третичная профилактика предупреждает рецидивы и хронизацию процесса.

Этапы профилактики при ротавирусной инфекции



Первичная профилактика сводится к следующим мероприятиям.

- Вакцинация: за рубежом от ротавируса прививают всех детей, что позволяет обезопасить ребенка хотя бы в первые годы жизни.
- В Российской Федерации за последние два года также начата вакцинация от ротавирусной инфекции.
- Соблюдая простейшие правила гигиены, также можно предупредить болезнь. Перед каждым приемом пищи нужно вымыть руки с мылом. Не менее одного раза в день следует мыться полностью.
- Обрабатывать купленные овощи и фрукты. Мыть их под проточной водой недостаточно. Следует обдавать эти продукты кипятком, что позволит убить патогенные микроорганизмы.
- Чтобы защититься от ротавируса, нельзя пить сырую воду, пусть даже она прошла фильтрацию. Употребляемая вода должна быть кипяченой.
- Когда речь идет о детях от 1 года до 3 лет, которые часто ползают по полу, тянут в рот игрушки, избежать заражения сложнее. Во-первых, необходимо регулярно проводить влажную уборку помещения с использованием средства для дезинфекции. Во-вторых, все игрушки, прежде чем давать их малышу, следует вымыть в мыльном растворе, тщательно прополоскать и высушить.

После контакта с больным меры предотвращения заболевания значительно более сложные. Для профилактики следует проделать следующие действия:

- тщательно вымыть руки с мылом;
- выстирать одежду, в которой взрослые или ребёнок находились;
- можно также принять специальное противомикробное средство, например, «Энтерофурил».

Если же болен ротавирусом – кто-то из членов семьи, защититься значительно сложнее. Однако и на этот случай важно придерживаться определенных рекомендаций. Помимо мытья рук и уже перечисленных методов защиты, есть свод правил:

- по возможности, нужно минимизировать любые контакты с зараженными людьми. Инфицированному члену семьи отводится отдельная комната на срок до 7-10 дней;
- чтобы предотвратить заражение близких, все комнаты должны регулярно проветриваться;
- после посещения больным туалета, унитаза следует каждый раз обрабатывать антисептиком;
- больному выделяются личные предметы гигиены и столовые приборы (полотенца, платки, чашка, тарелки).
- регулярная смена постельного белья больного также отчасти предотвращает распространение вируса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Система оказания помощи инфекционным больным включает следующие этапы:

- первичное звено, представленное врачом и медицинской сестрой общей практики;
- отделение (кабинет) инфекционно-паразитарных заболеваний и иммунопрофилактики (ОИПЗИ) поликлиник;
- специализированный инфекционный стационар.

И на всех этих этапах уход за больными осуществляют медицинские сестры.

Острые кишечные инфекции занимают второе место в мире по распространенности. Среди них и ротавирусный гастроэнтерит.

- По данным ВОЗ не менее 20 – 40% диарейных заболеваний, возникающих ежегодно в мире, обусловлены ротавирусами.
- Данная патология встречается повсеместно. Даже в экономически развитых странах ротавирусы в течение года вызывают около 60% всех случаев гастроэнтеритов у детей раннего возраста, а в зимнее время до 90%.
- Во всем мире ротавирусная инфекция находится в центре внимания здравоохранения.
- В эпидемический процесс вовлекаются как дети, так и лица репродуктивного, наиболее трудоспособного возраста.
- Среди всех гастроэнтеритов у детей ротавирусная инфекция занимает ведущее место, вызывая от 30% до 70% всех ОКИ.
- Самое эффективное средство по борьбе с ротавирусной инфекцией в современных условиях – это специфическая иммунопрофилактика.

- Установлено, что развитие воспалительных и функциональных заболеваний различных органов пищеварительной системы часто связано с перенесенными ОКИ.
- Сестринский процесс несет новое понимание роли медсестры в практическом здравоохранении.
- Главная задача медицинской сестры состоит в том, чтобы облегчить боль, страдания пациента, помочь быстрее выздороветь, вернуться к нормальной жизнедеятельности.
- Сестринский процесс несет новое понимание роли медсестры в проведении всех этапов профилактики.
- От медицинской сестры требуется хорошая теоретическая и техническая подготовка, умение творчески относиться к уходу за больными, работать с пациентом как с личностью.

Предложения:

1. больше внимания уделять первичной профилактике в семьях;
2. особое внимание обратить на специфическую профилактику.

Убеждать население проводить вакцинацию;

3. относиться к населению внимательно и милосердно, чтобы люди безоговорочно доверяли медицинским работникам и при первых симптомах заболевания обращались за квалифицированной медицинской помощью;

4. убеждать матерей как можно дольше кормить детей первого года жизни грудью;

5. здоровым не пренебрегать диетой, то есть правильным питанием в повседневной жизни;

6. при заболевании помнить, что диета – это основа лечения. Не нарушать диету при улучшении состояния;

7. чаще консультироваться с медицинскими работниками по поводу профилактики;

8. медицинским сестрам регулярно повышать свою квалификацию.

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 : СпецЛист, 2014. – 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. Возианова, Ж. И. Инфекционные и паразитарные заболевания [Текст] / Ж. И. Возианова // Здоровье. - 2014.—№ 1.— С. 171–188.
6. Запруднов, А. М. Педиатрия с детскими инфекциями [Текст] : учеб. пособие / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 506 с.
7. Лобзин, Ю. В. Руководство по инфекционным болезням [Текст] : учеб. пособие / Ю. В. Лобзин. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Фолиант, 2015. — 932 с.
8. 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.
9. 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, 2014. – 1008 с.

10. 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.
11. 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.
12. Учайкин, В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей [Текст] : учеб. пособие / В. Ф. Учайкин. – 4-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 482 с.
13. Шувалова, Е. П. Инфекционные болезни: учеб. пособие / Е. П. Шувалова. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 203 с.
14. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни [Текст] : учеб. пособие / Н. Д. Ющук, Г. Н. Кареткина, Л. И. Мельникова. – 5-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 512с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Уважаемые респонденты!

Анкетирование проводится с целью изучения знаний о причинах развития и методах лечения и профилактики кишечных инфекций, в том числе и ротавирусного гастроэнтерита. Просим вас ответить на следующие вопросы.

Анкета

1. Возраст: _____.
2. Сведения о себе –пол:
 1. женский;
 2. мужской.
3. Местность, где Вы проживаете:
 1. село;
 2. город,
 3. поселок.
4. Имеете ли Вы отдельную квартиру/дом
 1. да;
 2. нет;
 3. если нет, то какие условия для проживания _____.
5. Знаете ли Вы о таком заболевании, как ротавирусный гастроэнтерит:
 1. да;
 2. нет.
6. Выберите возможные причины развития кишечных инфекций:
 1. несоблюдение правил личной гигиены;
 2. несоблюдение правил хранения и приготовления продуктов;
 3. употребление не кипяченой воды;
 4. купание в загрязненных водоемах;
 5. другой вариант ответа _____.
7. Какие симптомы заболевания Вы знаете:
 1. понос;

2. боли в животе;
 3. снижение или потеря аппетита, тошнота, рвота;
 4. вялость, слабость;
 5. повышенная температура;
 6. другой вариант ответа _____.
8. Знаете ли Вы о том, какая должна быть диета во время заболевания и после?
1. знаю;
 2. знаю поверхностно;
 3. не знаю.
9. После возникновения заболевания за медицинской помощью обратились
1. в первые часы болезни;
 2. к концу первых суток;
 3. на вторые сутки;
 4. на третий день;
 5. на четвертый день
10. От кого Вы получаете знания о заболеваниях и их профилактике?
1. От врача;
 2. от медсестры;
 3. из СМИ (печати, из интернета);
 4. от друзей и знакомых.

Памятка для родителей

КАК УБЕРЕЧЬ РЕБЕНКА ОТ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ



НЕУКОСНИТЕЛЬНО СОБЛЮДАЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВИЛА!



СОБЛЮДАЙТЕ ЛИЧНУЮ ГИГИЕНУ!

- Мойте руки перед едой
- Мойте руки после посещения туалета
- Мойте руки после возвращения с улицы





ВНИМАНИЕ, ВОДА!

- Пейте только кипяченую или бутилированную воду
- Не купайтесь в непредназначенных для этого местах





ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПИЩИ

- Употребляйте только мытые фрукты и овощи
- Не покупайте еду на улице и в сомнительных торговых точках
- Не храните продукты (бутерброды, пирожки с начинкой, молочную продукцию, и т.д.) в сумках, рюкзаках, тумбочках





ЕСЛИ КТО-ТО ЗАБОЛЕЛ

- При появлении первых признаков кишечного расстройства срочно обратитесь к врачу



СЛЕДИТЕ ЗА ЗДОРОВЬЕМ РЕБЕНКА!