

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

Возбудителями острых кишечных инфекций являются многочисленные **бактерии и вирусы**. Возбудители устойчивы во внешней среде, могут длительное время сохраняться на руках, посуде, игрушках и предметах обихода, а также в почве и воде, инфицированных фекалиями больного. Некоторые из них способны размножаться в продуктах питания, даже при низких температурах.

Подъем заболеваемости происходит в **летне-осенний период**. Болеют взрослые и **дети**, чаще в возрасте **от 1 года до 7 лет**. **Основной путь передачи инфекции** – через пищу, воду, предметы обихода, игрушки, инфицированные фекалиями больного. Реже инфекция может передаваться воздушно-капельным путем.

Скрытый период составляет от нескольких часов до 7 дней. Кишечные инфекции начинаются, как правило, остро. Практически у всех больных имеются понос и интоксикация. Симптомы болезни зависят не столько от вида возбудителя, сколько от того, в каких отделах желудочно-кишечного тракта происходит воспаление. Острые кишечные инфекции могут проявляться в виде **гастрита** (поражение желудка), **энтерита** (поражения тонкой кишки), **колита** (поражения толстой кишки) и их сочетаний.

В изолированном виде **гастрит** встречается редко. Заболевание начинается остро, ребенок жалуется на тошноту, часто отмечается рвота и боли в эпигастральной области. Как правило, повышается температура. Острый гастрит обычно возникает при пищевом отравлении.

Обязательный симптом **энтерита** – обильный, жидкий, учащенный стул. Дети старшего возраста жалуются на боли в животе. Характерны вздутие живота, урчание по ходу кишечника. Стул частый, жидкий, брызжущий, но в самом начале заболевания стул может носить каловый характер с частицами непереваренной пищи.

Синдром **интоксикации** проявляется прежде всего, повышением температуры. Ребенок становится раздражительным, беспокойным или вялым, плохо ест и спит.

При пищевых токсикоинфекциях нарушения общего состояния ребенка наиболее значительны. Заболевание начинается остро, через несколько часов после приема недоброкачественной пищи. При типичной **дизентерии** интоксикация у детей старше 2 лет иногда опережает развитие дисфункции кишечника на несколько часов и даже сутки. Требуют внимания жалобы на боли в животе. Таких больных необходимо госпитализировать для постоянного наблюдения.

При **легких формах острых кишечных инфекций** интоксикация может быть слабовыраженной, стул бывает нечастым, лишь разжиженным, иногда сохраняет каловый характер. Дисфункция кишечника непродолжительна – 2-3 дня.

Обезвоживание – важнейший признак, определяющий тяжесть и прогноз заболевания у детей раннего возраста. При частом, жидком стуле и многократной рвоте организм теряет большое количество воды и минеральных солей. Ребенок становится вялым, сонливым, снижаются упругость тканей и эластичность кожи. Слизистые и кода становятся сухими, отмечаются жажда, сокращается мочеотделение.

При появлении первых признаков обезвоживания организма все усилия должны быть направлены на предотвращение его прогрессирования и полное восстановление водно-минерального обмена.

В связи с разнородными причинами, вызывающими дисфункцию кишечника у детей, родителям важно помнить основные **общие признаки острых кишечных инфекций:**

- × **повышение частоты актов дефекации (свыше 3 раз) с изменением формы стула, увеличением объема испражнений с появлением слизи и крови в кале;**
- × **рвота, которая может предшествовать нарушению функции кишечника;**
- × **появление болей в животе.**

Знать частные признаки, которыми одни инфекции отличаются от других – дело врачей. К ним необходимо обратиться при первых признаках острой кишечной инфекции у ребенка.

Для выявления возбудителя инфекции выполняются посевы кала.

Лечение острых кишечных инфекций в домашних условиях можно проводить только при легких формах заболеваний.

При плохом общем состоянии ребенка, при симптомах обезвоживания его необходимо лечить в стационаре.

В первые дни заболевания назначается **постельный или полупостельный режим**. В дальнейшем – домашний. Прием пищи не прекращается, так как значительная часть кишечника сохраняет способность переваривать и всасывать питательные вещества. **Полноценное питание** при острых кишечных инфекциях имеет важное значение для предупреждения нежелательных последствий голодания. Если аппетит снижен, следует кормить ребенка небольшими порциями, но чаще до 7-8 раз в сутки. Если ребенок не съедает положенного объема пищи, его следует допаивать вводно-солевым раствором или рисовым отваром.

Уже со 2-3-го дня болезни можно давать ребенку мясо в виде суфле, котлет, фрикаделек, паровых котлет, позднее вводится вначале овощной суп, а затем некрепкий мясной бульон. **Из питания исключаются** продукты, богатые грубой клетчаткой и легкоусвояемыми углеводами, способные вызывать бродильные процессы, вздутие кишечника и механическое раздражение слизистой оболочки воспаленной кишки – горох, свекла, огурцы, белокочанная капуста, ржаной хлеб, макаронные изделия.

Не следует давать ребенку жирные, жареные блюда, копчености, пряности и острые приправы. Во время болезни **не рекомендуется** вводить в меню новые продукты, которых ранее ребенок не получал.

В программу лечения включается питьевая регидратация (восстановление водного обмена). Для этого применяются глюкозо-солевые растворы – регидрон, глюкосолан. В домашних условиях аналогичный по действию раствор можно приготовить на 8 чайных ложек сахара, 1 чайной ложки соли и $\frac{3}{4}$ чайной ложки соды, растворенных в 1 л воды.

Основными критериями выздоровления являются клинические показатели: нормализация температуры, отсутствие симптомов интоксикации, оформленный стул в течение 3 дней после окончания лечения.

После окончания лечения необходимо выполнить контрольный бактериологический посев кала.

Ребенок может посещать детское учреждение только при условии клинического выздоровления и отрицательных результатов посевов кала.

Изоляция больного с острой кишечной инфекцией должна осуществляться немедленно после ее выявления. Больной изолируется на весь период заболевания до полного клинико-бактериологического выздоровления. У всех контактных детей в первые 3 дня после разобщения с больным берется посев кала на дизентерийную и сальмонеллезную группы, осматривается стул.

Текущая дезинфекция проводится родителями в течение всей болезни до полного выздоровления ребенка. **Заключительная дезинфекция** проводится после госпитализации больного или после окончательного выздоровления. **Обеззараживание игрушек и предметов ухода** проводится 2 раза в день путем замачивания их на 30-60 минут в 1% растворе хлорной извести или 3%-ном растворе хлорамина с последующим мытьем и кипячением.

Постельное белье и нижняя одежда обеззараживаются кипячением в течение 30 минут в мыльном растворе. В помещении 2-3 раза проводится **влажная уборка**. При мытье полов в воду добавляется **3%-ый раствор хлорамина**. Тряпки кипятят и высушивают.

Посуда, предметы ухода, игрушки должны быть закреплены за больным, и обрабатываться отдельно от предметов других членов семьи. **Стул и моча** засыпаются сухой хлорной известью в соотношении 1:5, перемешиваются и оставляются на 1 час, после чего сливаются в канализацию. **Горшок** обрабатывается замачиванием в **3%-ом растворе** хлорной извести. После очищения от остатков пищи **посуда** больного моется в теплой проточной воде, после чего подвергается кипячению в течение 15-30 минут. **Обеденный стол** обрабатывается **1%-ым раствором** хлорной извести с последующим мытьем горячей водой.

Ухаживающие за больным ребенком **взрослые** должны строго **соблюдать правила личной гигиены**. После каждой уборки, мытья горшка, посещения туалета необходимо тщательно мыть руки с мылом и щеткой или обрабатывать их 0.2%-ным раствором хлорамина.