**острые кишечные инфекции**

**Острые кишечные инфекции (ОКИ) - группа заболеваний, основными клиническими проявлениями которых, являются диарея и рвота**.

По этиологическому принципу все ОКИ у детей можно разделить на две основные группы:

* **ОКИ бактериальной природной**:
	+ вызываемые заведомо патогенными энтеробактериями (дизентерия, сальмонеллёз, холера, иерсиниоз);
	+ вызываемые условно-патогенными микроорганизмами (клебсиеллой, протеем, клостридиями, синегнойной палочкой).
* **вирусные диареи** (вызываются вирусами ЭКХО, Коксаки, ротавирусами, аденовирусами).

В последние годы большое значение придаётся условно-патогенным микроорганизмам как этиологическому фактору ОКИ, особенно у детей раннего возраста и новорождённых.

Возбудители ОКИ устойчивы во внешней среде, не обладают летучестью.

Механизм передачи ОКИ - фекально-оральным, который реализуется контактно-бытовым, пищевым, водным путём передачи.

Инкубационный период составляет от нескольких часов до 7 дней.

Все ОКИ, независимо от этиологии, клинически проявляются тремя основными синдромами.

Основные синдромы ОКИ:

* **синдром интоксикации**:
	+ повышение температуры, недомогание, слабость, вялость;
	+ бледно-серый цвет кожных покровов, нередко с "мраморным рисунком";
	+ снижение аппетита вплоть до анорексии.
* **синдром поражения ЖКТ = "местный синдром"**:
	+ боль в животе, тенезмы (болезненные ложные позывы на дефекацию), урчание по ходу кишечника, метеоризм;
	+ тошнота, рвота;
	+ диарея (частый, жидкий стул с патологическими примесями).
* **синдром эксикоза (обезвоживания)**:
	+ сухость слизистых оболочек и кожного покрова;
	+ снижение эластичности, тургора кожи;
	+ потеря массы;
	+ западение большого родничка у грудных детей;
	+ заострённые черты лица;
	+ "запавшие" глаза, потеря блеска глаз;
	+ олигурия.

Основным методом специфической диагностики ОКИ, имеющим широкое практическое применение, является бактериологическое исследование кала на энтеробактерии. Данное исследование должно проводится до начала лечения и назначения антибиотиков. Для исследования лучше использовать нативный кал.

Особенности клинических проявлений ОКИ, связанные с этиологическим фактором:

* **дизентерия**:
	+ схваткообразные боли в животе, преимущественно в левой подвздошной области;
	+ спазм сигмы;
	+ тенезмы;
	+ податливость или зияние ануса;
	+ стул в виде "ректального плевка" (скудный, со слизью, кровью, нередко гноем).
* **сальмонеллёз**:
	+ выраженная интоксикация;
	+ стул типа "болотной тины" (водянистый, пенистый, с примесью большого количества слизи, зелени).
* **эшерихиоз**:
	+ стул обильный, брызжущий, с большим количеством воды, светло-жёлтого или оранжевого цвета, содержит прозрачную слизь;
	+ упорные срыгивания или рвота;
	+ быстрое, в течение суток и даже часов, развитие эксикоза.

Лечение

лечение ОКИ должно быть комплексным, по возможности включать препараты специфического лечения - бактериофаги (сальмонеллёзный, дизентерийный, коли-протейный). Антибактериальную терапию следует назначать с осторожностью, только при бактериальной природе заболевания. Значительное место в лечении должно отводится восстановлению водно-электролитного баланса. С этой целью в настоящее время широко применяется метод оральной регидратации. При малейшей возможности необходимо решительно переходить на данный метод регидратации, как наиболее физиологический и эффективный.

**Оральная регидратация**:

* проводится только при эксикозе 1 степени (потеря массы до 5%) или 2 степени (потеря массы 5-9%);
* для её проведения используются глюкозо-солевые растворы (глюкосолан, цитроглюкосолан, регидрон). Растворы детям дают чайными ложками и промежутками между кормлениями каждые 5-10 минут в течении 4-6ч. При возникновении рвоты после 10-минутной паузы продолжают поить ребёнка;
* проводится в два этапа: 1 этап - первичная регидратация - направлена на восстановление водно-солевого дефицита, имеющегося к началу заболевания. При 1 степени эксикоза раствор вводится в количестве 50 мл/кг массы тела за 4 часа, при 2 степени - 90 мл/кг массы за 6 часов.

**2 этап - поддерживающая регидратацию** - предупреждает повторное развитие эксикоза (направлена на восполнение продолжающихся потерь жидкости).

*На протяжении всего периода проведения оральной регидратации медсестра обязана контролировать количество введённой и выделенной жидкости*.

Оральная регидратация проводится до прекращения диареи и рвоты.

*Наряду с оральной регидратацией, проводится детоксикационная, ферменто-, витамино-, симптоматическая терапия, местное лечение (лекарственные клизмы), назначаются энтеросорбенты (карболен, смекта)*. Для коррекции дисбактериоза назначают биопрепараты (бифидобактерин, бифилакт, бифидокефир, лактобактерин, колибактерин).

Важным компонентом терапии является лечебное питание. В острый период заболевания необходимо назначать дозированное кормление небольшими порциями. Оптимальным продуктом питания грудных детей является материнское молоко. При его отсутствии предпочтение отдаётся кисломолочным смесям. *В настоящее время установлено, что долго на "на голоде" ребёнка держать не стоит. В течении 3-4 дней пищевой рацион доводят до физиологической нормы, после чего ассортимент питания быстро расширяется. К 5-7 дню лечение объём и состав пищи должен соответствовать возрастной норме с исключением жирных продуктов, а также продуктов, усиливающих брожение и перестальтику кишечника (цельное молоко, чёрный хлеб, газированные напитки)*.

Иммунитет после перенесённой острой кишечной инфекции не стоек и типоспецифичен.

Важной мерой борьбы с ОКИ служит выявление больных, учёт контактировавших и проведения комплекса мероприятий с ними.

Профилактика

В профилактике кишечных инфекций большую роль играют соблюдение личной гигиены, санитарного режима и правильно организованная санитарно-просветительная работа среди родителей и детей.

Жалгизкудукская СШ №24

2 сезон лагеря «Болашак»

Подготовила: медсестра школы Куспекова Р.К.

2017-2018 уч.г.





