**Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение**

**«Детский сад присмотра и оздоровления № 46 «Светлячок»**

**г. Рубцовска Алтайского края**

658222, г. Рубцовск, ул. Октябрьская, 19

тел. (38557) 2-49-20, 2-49-81

e-mail: [detskiisad46@yandex.ru](mailto:detskiisad46@yandex.ru)

Школа здоровья.

«Кишечная инфекция у детей».

Подготовила: Кяшкина Наталья Витальевна,

воспитатель МБДОУ «Детский сад присмотра

и оздоровления № 46   
 «Светлячок»

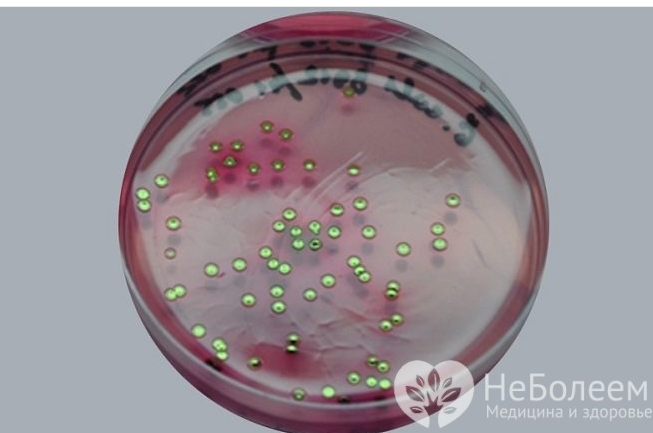
Кишечная инфекция у детей.

Причины кишечной инфекции у детей   
Симптомы кишечной инфекции у детей   
Диагностика кишечной инфекции у детей   
Лечение кишечных инфекций у детей Осложнения кишечных инфекций у детей Профилактика кишечных инфекций у детей

Кишечная инфекция у детей – группа заболеваний различной этиологии, протекающих с преимущественным поражением пищеварительного тракта, токсической реакцией и обезвоживанием организма. Восприимчивость к кишечной инфекции у детей в несколько раз выше, чем у взрослых, заболевание характеризуется ярко выраженными клиническими признаками, может сопровождаться ослаблением иммунитета, развитием ферментной недостаточности, дисбактериоза кишечника. Кишечные инфекции у детей занимают второе место в структуре инфекционной заболеваемости после острых респираторных вирусных инфекций. Широкая распространенность кишечных инфекций среди детей вызвана высокой контагиозностью и распространенностью возбудителей, их устойчивостью к воздействию факторов внешней среды, возрастными особенностями строения и функционирования пищеварительной системы, функциональным несовершенством защитных механизмов, а также в недостаточной степени привитыми и закрепленными навыками гигиены. При тяжелых формах кишечных токсикозов у детей возможно развитие отека легких, острой почечной и острой сердечной недостаточности. В мире ежегодно регистрируется примерно 2 млн летальных исходов от острых кишечных инфекций, преимущественно среди детей до 5 лет.



**Причины.**   
Возбудителями кишечных инфекций у детей могут быть: бактерии (шигеллы, сальмонеллы, диареегенные эшерихии, иерсинии, кампилобактеры, стафилококки, клебсиеллы и др.) и их токсины (ботулотоксин); вирусы (рото-, адено-, энтеро-, астро-, короно-, торо-, калицивирусы и др.); простейшие (лямблии, криптоспоридии, амебы, бластоцисты и др.). Проникновение инфекции в организм при кишечных инфекциях происходит, главным образом, при употреблении инфицированных продуктов питания (алиментарным путем), загрязненной воды (водным путем), через загрязненные руки, посуду, игрушки, предметы обихода (контактно-бытовым путем). Кишечные инфекции вирусной этиологии могут передаваться и аэрогенным (воздушно-капельным) путем. Вирусы вызывают наибольшее число случаев кишечных инфекций у детей до 5 лет. У детей с ослабленным иммунитетом возможно эндогенное инфицирование условно-патогенной микрофлорой (стафилококки, клебсиеллы, протей, клостридии и др.).

****

**Формы кишечной инфекции у детей.**

Кишечные инфекции классифицируют по происхождению: бактериальные (дизентерия, сальмонеллез, холера, ботулизм, стафилококковое пищевое отравление, иерсиниоз, брюшной тиф, эшерихиоз, др.); вирусные (ротавирус, аденовирус, энтеровирус, реовирус, коронаровирус, др.); протозойные (лямблиоз, балантидиаз, амебиаз, др.). До получения результатов лабораторных исследований заболевания классифицируют по локализации патологического процесса (колит, энтероколит, гастрит, гастроэнтерит, энтерит, гастроэнтероколит). Кроме локализованных форм инфекции, у детей могут развиваться генерализованные формы с распространением возбудителей за пределы кишечного тракта. Эшерихиозами болеют преимущественно дети раннего возраста, находящиеся на искусственном вскармливании. В зависимости от механизма развития, способности к инвазии и наличия сходных факторов патогенности выделяют следующие типы кишечных инфекций: инвазивные; секреторные; осмотические; смешанные. В основе патогенеза кишечных инфекций инвазивного типа лежит воспалительный процесс в пищеварительном тракте. Возбудители (сальмонеллы, шигеллы, кампилобактерии, энтероинвазивные эшерихии) проникают в эпителиоциты, вызывая воспаление слизистой оболочки, накопление эндогенных токсических веществ, нарушение гомеостаза. В основе патогенеза кишечных инфекций не инвазивного (секреторного) типа лежат нарушение реабсорбции воды и электролитов и усиление секреторной активности эпителия тонкой кишки. Возбудителями секреторных кишечных инфекций могут быть энтеротоксигенные эшерихии, энтеропатогенные эшерихии, холерный вибрион. Источник: hemltd.ru Основой появления кишечных инфекций осмотического типа является дисахаридазная недостаточность, бродильный процесс и дегидратация за счет нарушения всасывания воды и электролитов в кишечнике. Как правило, они имеют вирусную этиологию. По особенностям симптоматики течение кишечной инфекции у детей может быть типичным и атипичным. С учетом степени поражения желудочно-кишечного тракта, интоксикации и обезвоживания типичные кишечные инфекции протекают в легкой, средней и тяжелой форме, а атипичные – в стертой и гипертоксической. В зависимости от длительности течения кишечная инфекция может быть: острая (до 1,5 месяцев); затяжная (свыше 1,5 месяцев); хроническая (свыше 5-6 месяцев).   
  
**Симптомы кишечной инфекции у детей.**  
  
Клинические симптомы кишечных инфекций у детей связаны с разрушением клеток слизистой кишки, а также нарушением пищеварения и проявляются двумя синдромами: кишечным и инфекционно-токсическим (синдромом общей интоксикации). Тяжесть кишечной инфекции у детей во многом определяется объемом потери жидкости. Главным симптомом при любой форме кишечной инфекции является диарея (неоднократный жидкий стул). Другие признаки: тошнота, рвота; вялость, слабость; потеря аппетита; повышенная температура тела; боль, урчание в животе; примесь крови в каловых массах; нарушения дыхания; снижение массы тела. Опасность представляет обезвоживание, развивающееся вследствие потери жидкости с обильными рвотными и каловыми массами. Его признаки: запавший родничок у грудного ребенка; сухость кожи и слизистых оболочек; снижение диуреза; повышенная жажда; запавшие сухие глаза; Клиническая картина некоторых кишечных инфекций имеет особенности. Дизентерия у детей характеризуется общей интоксикацией, лихорадкой, рвотой, нарушением функций ЦНС, сердечно-сосудистой системы и колитическим синдромом (притупообразные боли в животе, диарея, наличие в кале примесей слизи и крови, спазм сигмовидной кишки, боли в области прямой кишки). Ротавирусная инфекция высококонтагиозна, клиническая картина проявляется гастроэнтеритом, поражение ЖКТ сочетается с катаральными явлениями (ринитом, гиперемией зева, покашливанием, першением в горле). Источник: babyzzz.ru Симптоматика сальмонеллеза зависит от формы заболевания. Типичная (желудочно-кишечная) форма встречается наиболее часто и может протекать в виде гастрита, панкреатита, энтерита, аппендицита, пиелонефрита, холецистита, гастроэнтероколита. Стул жидкий, обильный, буро-зеленого оттенка, с примесью слизи и крови. Атипичная форма может иметь септическое, тифоподобное, токсико-септическое (у новорожденных), стертое и бессимптомное течение. Выявление кишечной инфекции у детей до пяти лет является основанием для госпитализации в детское инфекционное отделение стационара. Эшерихиозами болеют преимущественно дети раннего возраста, находящиеся на искусственном вскармливании. Заболевание имеет постепенное начало с появлением диареи, рвоты или срыгиваний в последующие три-пять дней. Температура тела субфебрильная или нормальная. Стул водянистый, желто-оранжевого оттенка, с примесью слизи. Симптомы болезни нарастают в течение 3-5 дней. Заболевание может протекать в трех клинических вариантах (холероподобный синдром, легкий энтерит, возникающий на фоне ОРЗ у детей раннего возраста и пищевая токсикоинфекция). Стафилококковая кишечная инфекция у детей может быть первичной и вторичной. Течение первичной инфекции характеризуется диареей, токсикозом, рвотой. Стул водянистый, с примесью слизи, зеленоватого оттенка. При вторичной стафилококковой инфекции кишечные симптомы развиваются на фоне основного заболевания (пневмонии, ангины, гнойного отита, стафилодермии и др.). Читайте также:4 вида веществ, снижающих защитные силы организма. Дети и домашние животные: соблюдаем правила безопасности. 7 патологий, при которых поможет морковь.

**Диагностика кишечной инфекции у детей.**

Диагностика кишечных инфекций у детей начинается с оценки эпидемиологического анамнеза заболевания. Выясняется источник инфекции (контакт с больным, семейный очаг заболевания, продукты питания, вода), механизм передачи возбудителя, распространенность поражения, интенсивность проявления основных клинических симптомов. Особое значение имеет точность оценки степени дегидратации организма, так как тяжесть кишечной инфекции у детей во многом определяется объемом потери жидкости. Оцениваются гемодинамические показатели (частота и наполнение пульса). Клинические симптомы кишечных инфекций у детей проявляются двумя синдромами: кишечным и инфекционно-токсическим. Для подтверждения диагноза используют лабораторные исследования: бактериологические исследования кала, а в тяжелых случаях мочи и ликвора – с целью идентификации возможного бактериального возбудителя; копрологический метод – позволяет уточнить локализацию процесса в ЖКТ; вирусологические методы (ИФА, КОА, РАЛ) – применяются для выявления возможного вирусного возбудителя; серологические методы (РТГА, РПГА) – позволяют по выявлению и нарастанию титра антител в крови определить тип возбудителя и остроту процесса. Дифференциальная диагностика проводится с панкреатитом, острым аппендицитом, дискинезией желчевыводящих путей, лактазной недостаточностью. Лечение кишечных инфекций у детей Выявление кишечной инфекции у детей до пяти лет является основанием для госпитализации в детское инфекционное отделение стационара. Комплексное лечение кишечных инфекций у детей основывается на этиопатогенетических принципах и предусматривает: устранение этиологического агента (антибактериальные, противовирусные, противопаразитарные препараты); выведение накопившихся токсических продуктов (сорбенты, пробиотики, специфические антитела и сыворотки); проведение регидратационной терапии, восстановление водно-электролитного баланса (глюкозо-солевые растворы для оральной и парентеральной регидратации), кислотно-щелочного баланса, регуляторных механизмов, гемодинамики; восстановление функций кишечника с помощью диетотерапии. С целью профилактики ДВС-синдрома в схему терапии включают средства для нормализации тонуса периферических сосудов, улучшения микроциркуляции, снижения агрегации тромбоцитов, уменьшения гипоксии и ацидоза тканей. Эффективность проведенной комплексной терапии оценивают по клиническим критериям и клинико-лабораторным данным. В острой фазе заболевания назначают перерыв в питании (водно-чайную паузу) до стихания рвоты и диареи. У детей, находящихся на естественном вскармливании, кормление грудным молоком не прекращают, при искусственном вскармливании назначают небольшой перерыв. После разгрузки и проведения оральной регидратационной терапии начинают дозированное кормление. Необходима правильная организация лечебного питания, рацион должен быть сбалансирован по пищевым и биологически активным веществам, составлен с учетом тяжести кишечной инфекции, интенсивности и характера кишечных дисфункций. Диета при кишечной инфекции у детей требует уменьшения суточного объема потребляемой пищи на 30–50%, увеличения кратности кормлений, использования смесей, обогащенных защитными факторами. При улучшении состояния ребенка объем пищи увеличивают ежедневно на 100-150 мл, дробно распределяя это количество на каждое кормление. Пища должна быть протертой и легкоусвояемой, запрещается включать в рацион жареное и жирное, фрукты, соки и газированные напитки, молочные продукты. В дальнейшем проводится расширение возрастного рациона. Эффективность проведенной комплексной терапии оценивают по клиническим критериям (купирование диареи, рвоты, интоксикационного синдрома, нормализация температуры) и клинико-лабораторным данным (отрицательные результаты при бактериологическом и ПЦР-обследовании, нормализация гемограммы, копроцитограммы).   
 **Осложнения кишечных инфекций у детей.**   
   
При тяжелых формах кишечных токсикозов у детей возможно развитие отека легких, острой почечной и острой сердечной недостаточности. Тяжелая дегидратация способствует развитию гиповолемического, инфекционно-токсического шока. В мире ежегодно регистрируется примерно 2 млн. летальных исходов от острых кишечных инфекций, преимущественно среди детей до 5 лет. При развивающихся изменениях гемостаза возникает угроза развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.   
  
 **Прогноз.**   
 Раннее выявление, грамотная предварительная диагностика, своевременное назначение адекватной терапии обеспечивают полное выздоровление. Профилактика кишечных инфекций у детей. С целью предотвращения заболевания необходимо придерживаться санитарно-гигиенических норм. Профилактика кишечных инфекций у детей проводится по всем звеньям эпидемической цепи: воздействие на источник инфекции – раннее выявление и своевременная изоляция больных, обследование контактных лиц, допуск в детские учреждения детей после перенесенных кишечных инфекций только при отрицательном результате бактериологического исследования; прерывание путей передачи инфекции – проведение дезинфекции в очагах инфекции, очистка от мусора, отбросов, борьба с насекомыми, контроль хранения, приготовления и транспортировки пищевых продуктов, надзор за источниками водоснабжения, воспитание санитарно-гигиенических навыков, соблюдение правил личной гигиены; повышение защитных сил организма – организация рационального питания, предупреждение инфекционных заболеваний.

