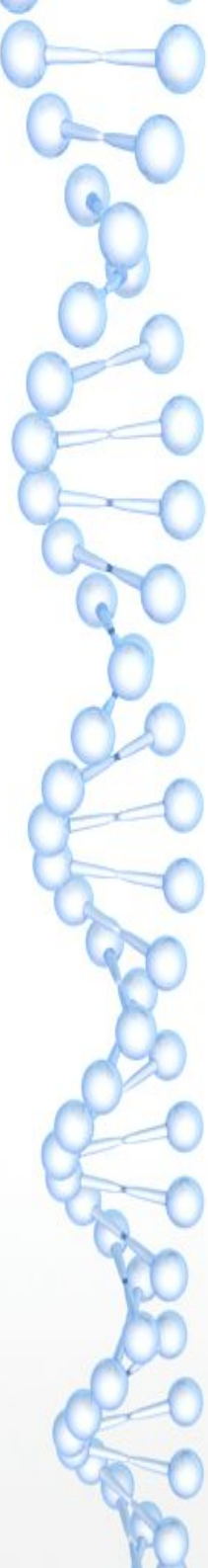
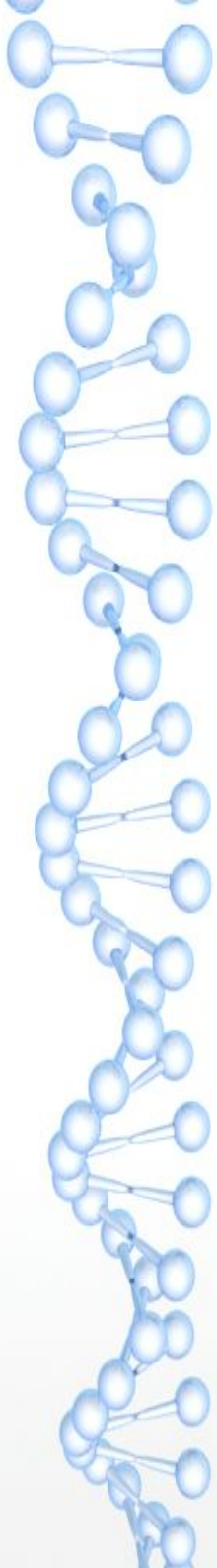


острые инфекции у детей

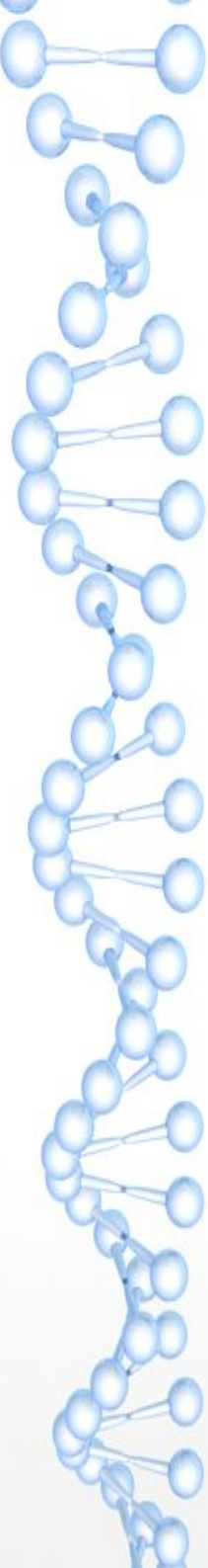


Детские инфекции — это группа инфекционных заболеваний, которые возникают в большинстве случаев в детском возрасте, передаются от больного к здоровому ребёнку, для которых характерно эпидемическое распространение, то есть массовые вспышки.

По причине тесного контакта в детских возрастных группировках при возникновении одного заболевания наблюдается инфицирование остальных детей.

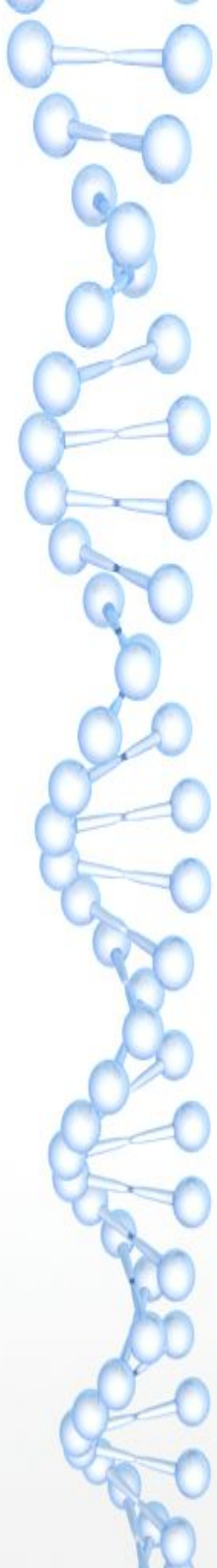


После перенесённого инфекционного заболевания у ребёнка формируется стойкий иммунитет, в ряде случаев пожизненный. В связи с этим взрослые люди не болеют повторно данным заболеванием.

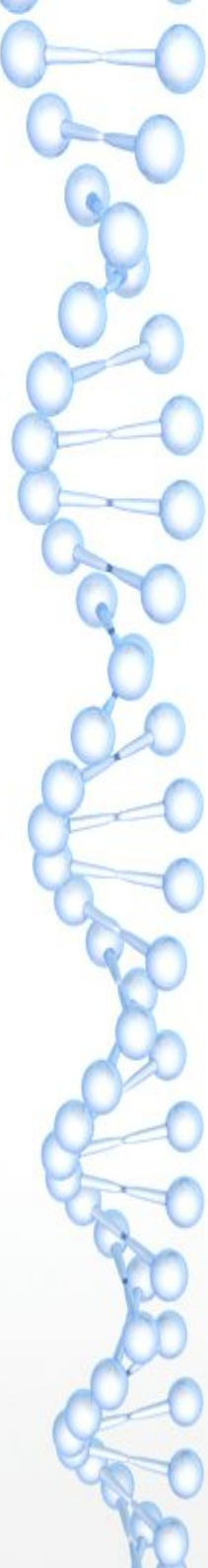


Какие инфекции называют детскими?

1. Традиционные детские болезни с аэрогенным механизмом заражения (краснуха, ветряная оспа, коклюш, дифтерия, корь, скарлатина, эпидемический паротит, полиомиелит, пневмококковая инфекция, гемофильная инфекция)
2. Инфекции, встречаемые как в детской возрастной группе с возможностью развития вспышек заболевания в коллективах, так и среди взрослых с различными механизмами заражения (менингококковая инфекция, инфекционный мононуклеоз, острые респираторные заболевания, острые кишечные инфекции, острый вирусный гепатит А).

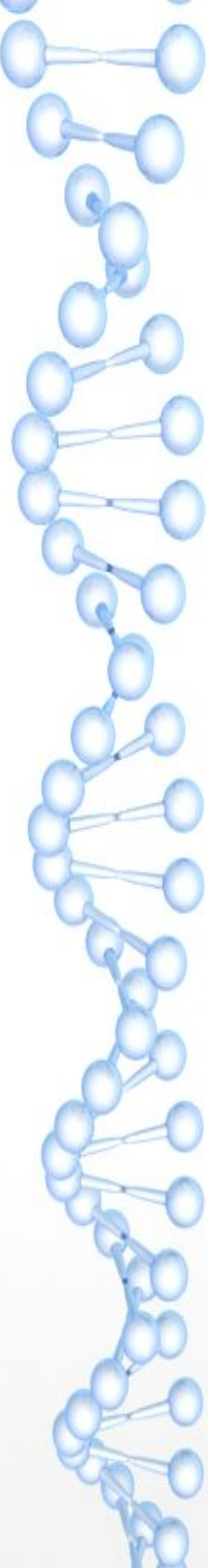


Практически любым инфекционным заболеванием ребенок может заразиться при наличии случайного контакта с больным. Исключение составляет первый год жизни малыша, когда в его крови циркулируют материнские антитела ко многим заболеваниям, что предохраняет его организм от заражения при встрече с инфекционным патогеном.



Источник инфекции – человек. Это может быть больно клинически выраженной формой болезни, бессимптомной формой болезни, а также носитель инфекционного возбудителя.

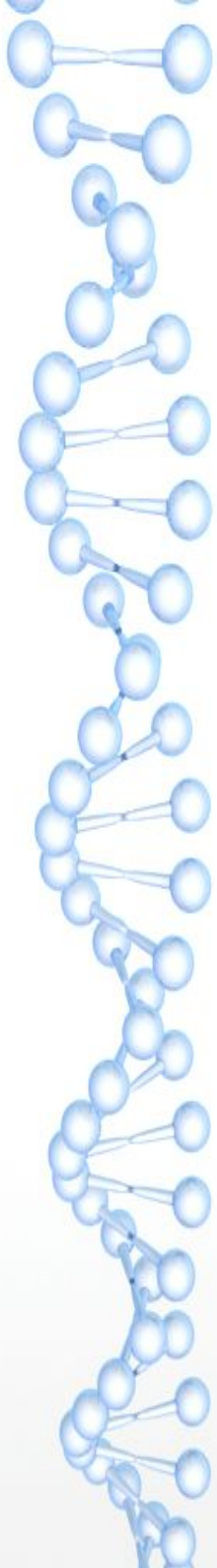




Детские инфекционные заболевания имеют четкую **цикличность**. Выделяют несколько периодов болезни, перетекающих один из другого.

Выделяют:

- 1) инкубационный период;
- 2) продромальный период;
- 3) период разгара болезни;
- 4) период реконвалесценции (ранней и поздней).



Инкубационный период – это период с момента контакта ребенка с источником инфекции до появления симптома болезни. В этот период ребенок называется контактным и находится на карантине (под наблюдением медицинских работников).

Карантин может быть минимальным и максимальным. Обычно период карантина устанавливается на срок максимального периода инкубации. В этот период следят за здоровьем контактного ребенка – измеряют температуру, следят за появлением симптомов интоксикации (слабость, головные боли и другие).



Инкубационный период при детских инфекциях

Краснуха от 11 до 24 дней

Корь от 9 до 21 дня

Ветрянка от 10 до 23 дней

Скарлатина от нескольких часов до 12 суток

Коклюш от 3 до 20 дней

Дифтерия от 1 часа до 10 дней

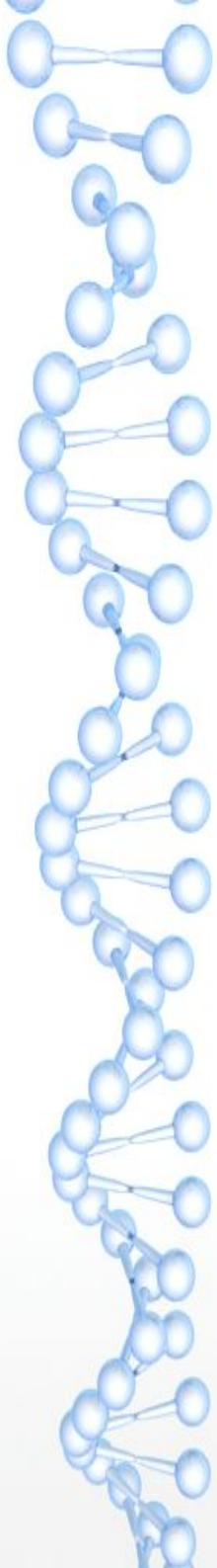
Эпидемический паротит (свинка) от 11 до 26 дней

Полиомиелит от 3 до 35 дней

Гепатит А от 7 до 45 дней

Дизентерия от 1 до 7 дней

Сальмонеллез от 2 часов до 3 дней

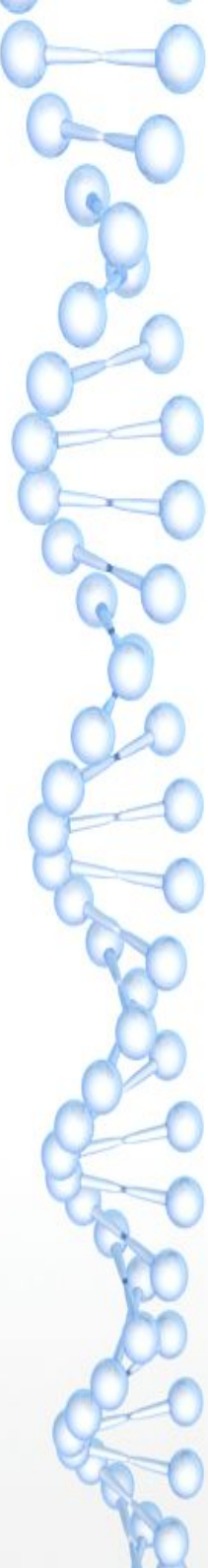


Как только появится одна из жалоб, наступает второй период – **продромальный**, что напрямую связано с началом болезни.

В большинстве своем начало болезни при детских инфекциях острое. Ребенка беспокоит температура, симптомы интоксикации (слабость, озноб, головные боли, утомляемость, потливость, снижение аппетита, сонливость и другие).

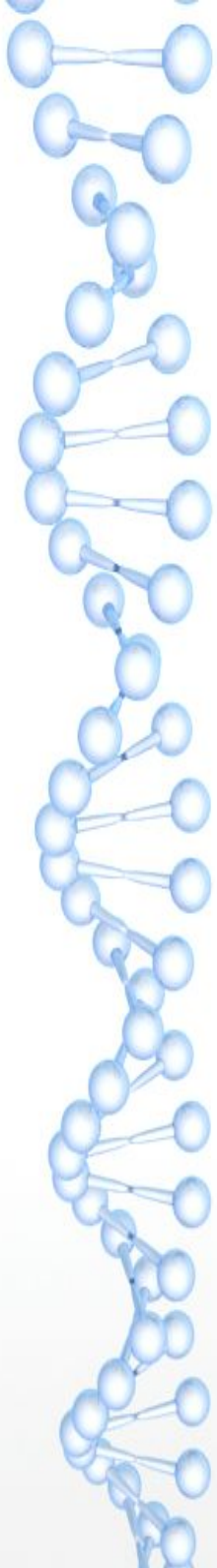
Температурная реакция может быть различной, но у подавляющего большинства детей - правильного типа лихорадка (с максимумом к вечеру и снижением по утрам), высота лихорадки может варьировать в зависимости от патогенности возбудителей детских инфекций, инфицирующей дозы, реактивности самого детского организма.

Чаще это фебрильная температура (более 38°) с пиком к концу первых-вторых суток болезни. Продолжительность продромального периода разная в зависимости от вида детского инфекционного заболевания, но в среднем 1-3 дня.

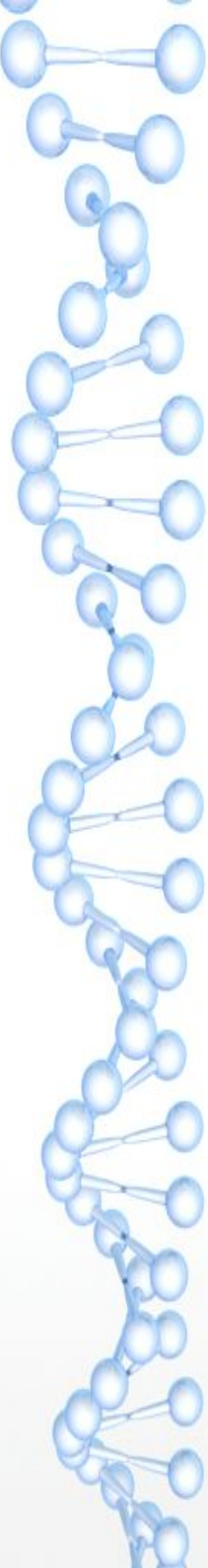


Период разгара болезни характеризуется специфическим симптомокомплексом (то есть симптомами, характерными для конкретной детской инфекции).

Развитие специфических симптомов сопровождается продолжающейся лихорадкой, длительность которой различная при разных инфекциях.

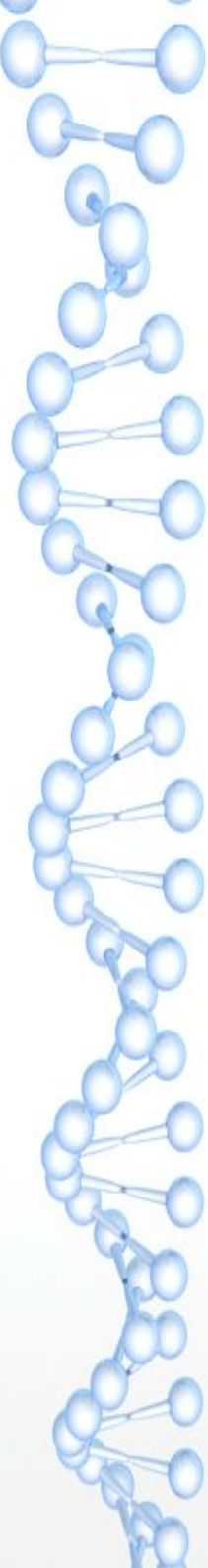


**Специфический
симптомокомплекс – это
последовательное
возникновение определенных
симптомов**



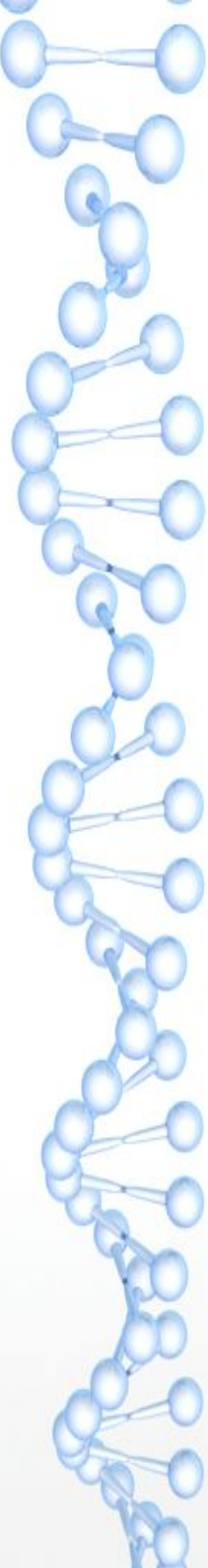
Для коклюша – это специфический кашель, имеющий характер сухого и приступообразного с несколькими короткими кашлевыми толчками и глубоким свистящим вдохом (репризом).





Для **эпидемического паротита (свинки)** – это воспаление околоушных, подчелюстных и подъязычных слюнных желез (припухлость околоушной области, болезненность при дотрагивании, одутловатость лица, боли в пораженной области, сухость во рту).

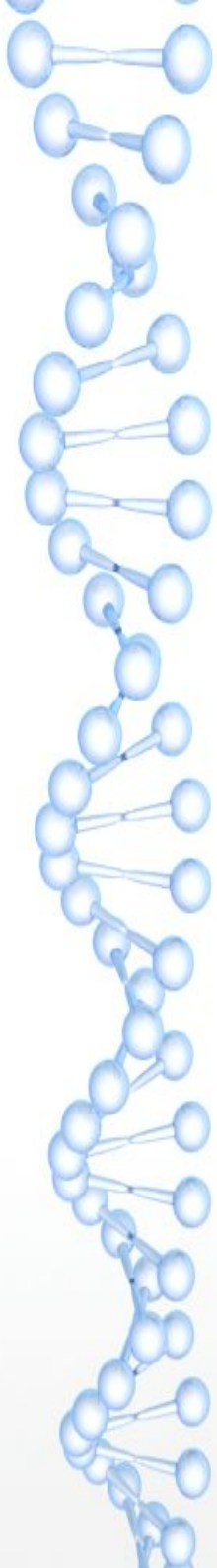




Дифтерия характеризуется специфическим поражением ротоглотки (увеличение миндалин, отек и появление характерного фибринозного сероватого налета на миндалинах).

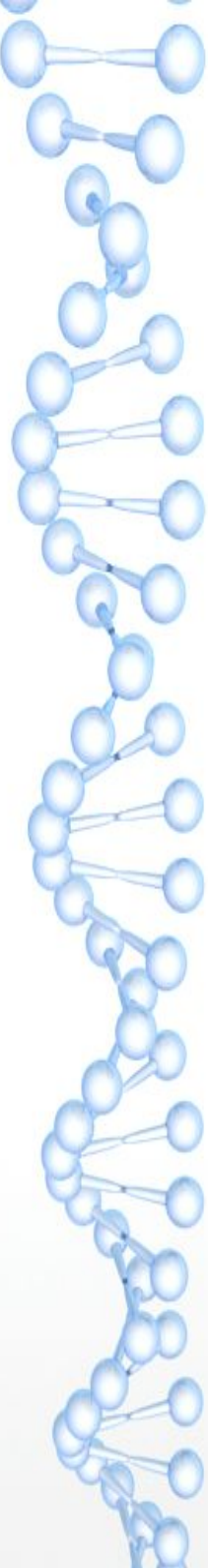


Для гепатита А период разгара
проявляется появлением желтухи.



При полиомиелите – характерное поражение нервной системы.

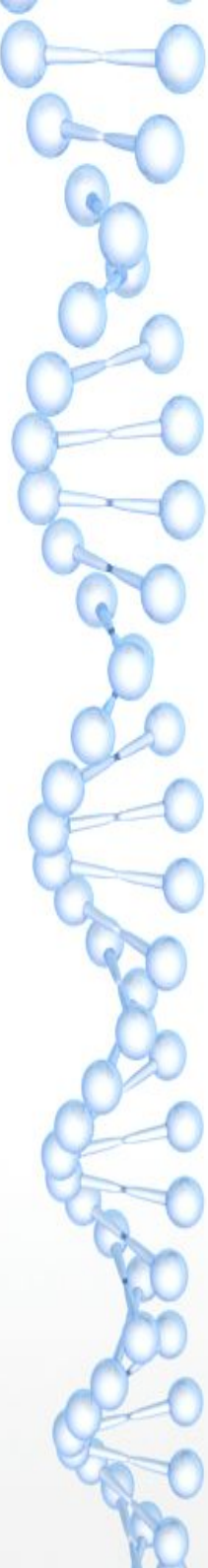




Однако, одним из частых проявлений детских инфекций является сыпь (инфекционная экзантема).

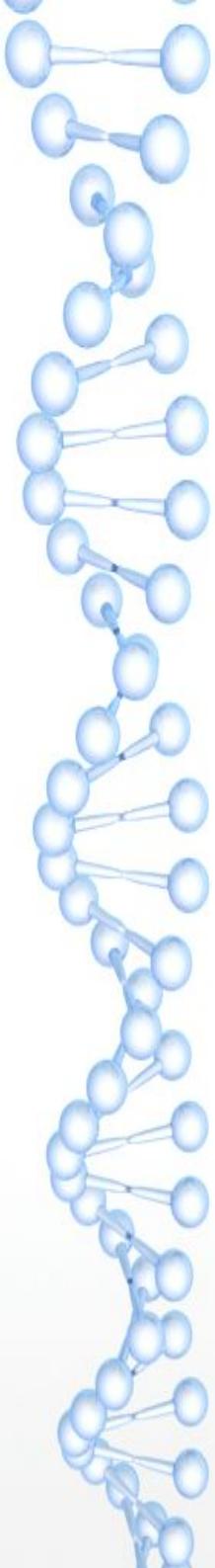
Именно сыпь является «пугающей визитной карточкой» инфекций у детей и требует правильной расшифровки.

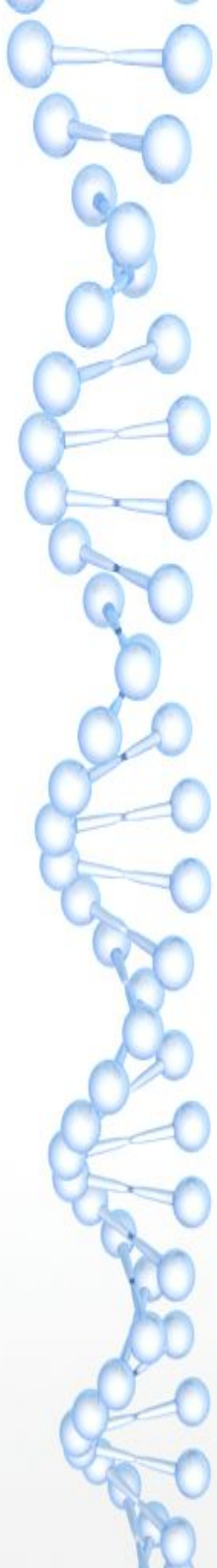
Сыпь может возникать одномоментно или поэтапно.



При **краснухе** сыпь имеет мелкопятнистый, а затем и пятнисто-папулезный характер, возникает преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей и туловище – спина, поясница, ягодицы, фон кожи не изменен.

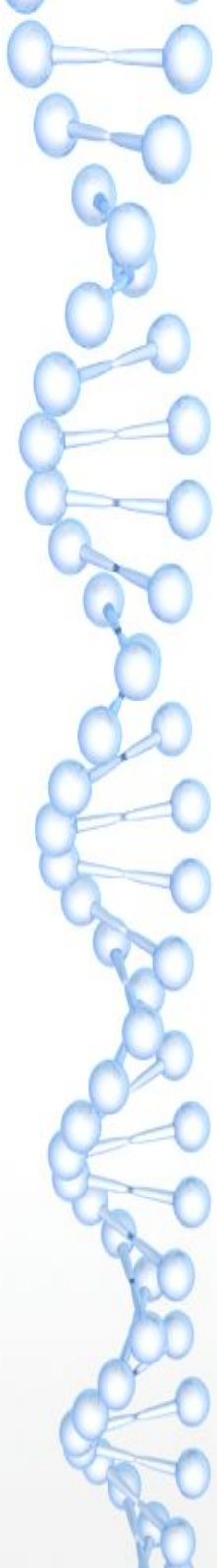
Сначала появляется на лице, затем в течение дня распространяется на туловище. Исчезает бесследно.

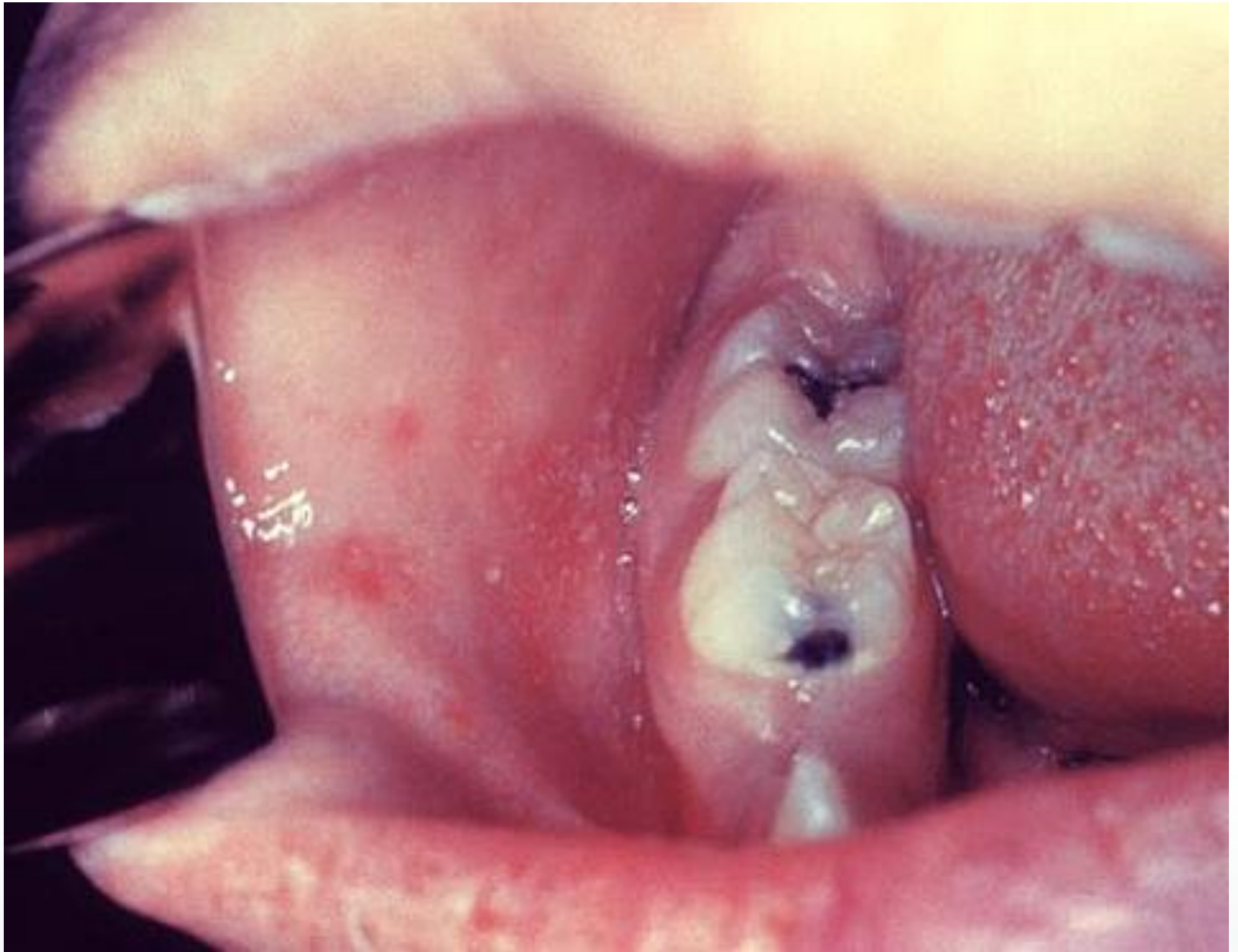
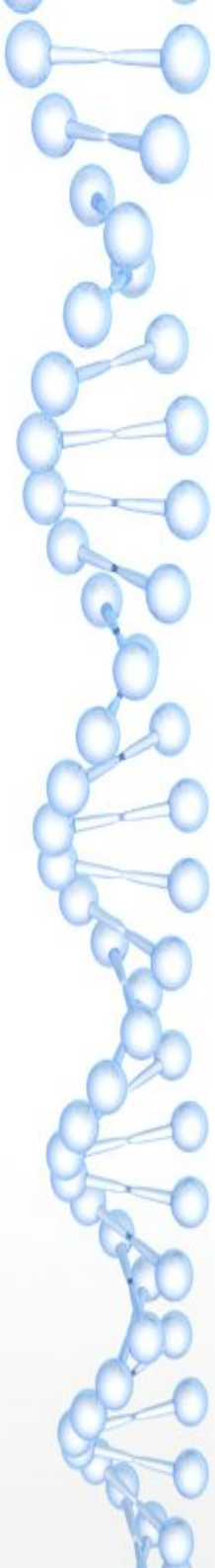


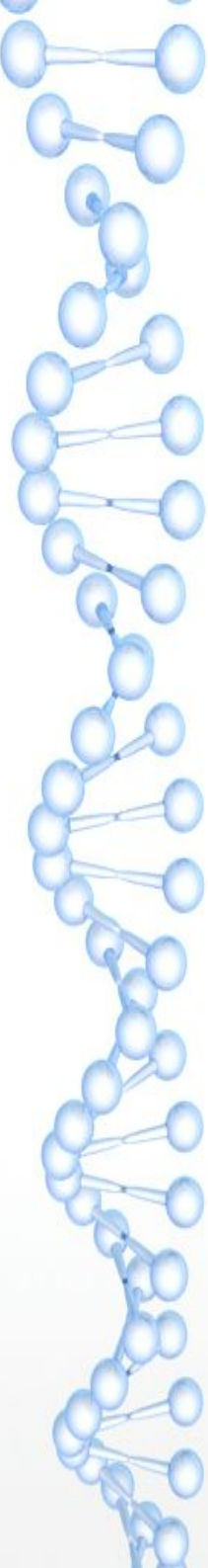


При **кори** наблюдается пятнисто-папулезная сыпь

- характерна нисходящая последовательность высыпаний (1 день сыпи – лицо, волосистая часть головы, верхняя часть груди, 2й день сыпи – туловище и верхняя половина рук, 3й день сыпи – нижняя часть рук, нижние конечности, а лицо бледнеет)
- сыпь склонна к слиянию, после исчезновения сохраняется пигментация кожи. Иногда сыпь при краснухе напоминает коревую. В этой ситуации на помощь доктору приходит специфический симптом – пятна Филатова-Коплика (на внутренней стороне щек белесовато-зеленоватые папулы, появляющиеся на 2-3 день болезни).

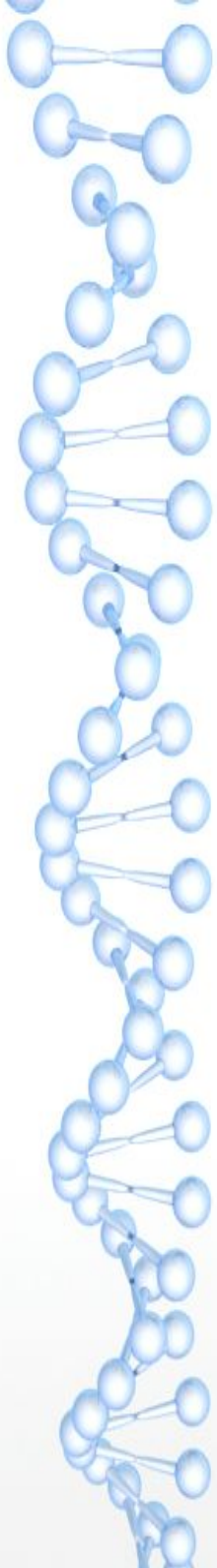


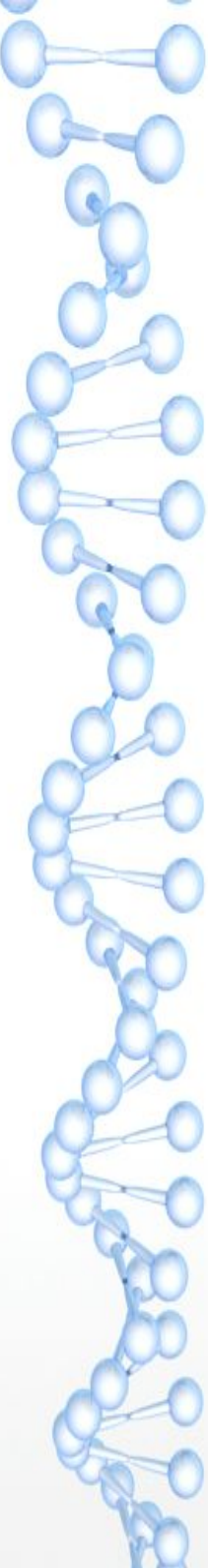




При **ветряной оспе** мы видим везикулезную сыпь (пузырьковую), элементы которой расположены на фоне покраснения.

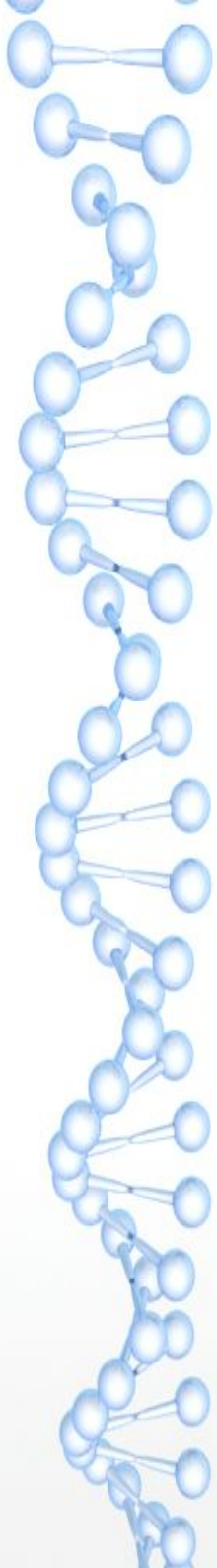
- сначала это пятно, затем оно возвышается, образуется пузырек с серозной прозрачной жидкостью, затем пузырек подсыхает, жидкость исчезает и появляется корочка.
- характерны подсыпания с повторными подъемами температуры раз в 2-3 дня. Период от момента появления сыпи до полного отпадания корочек длится 2-3 недели.

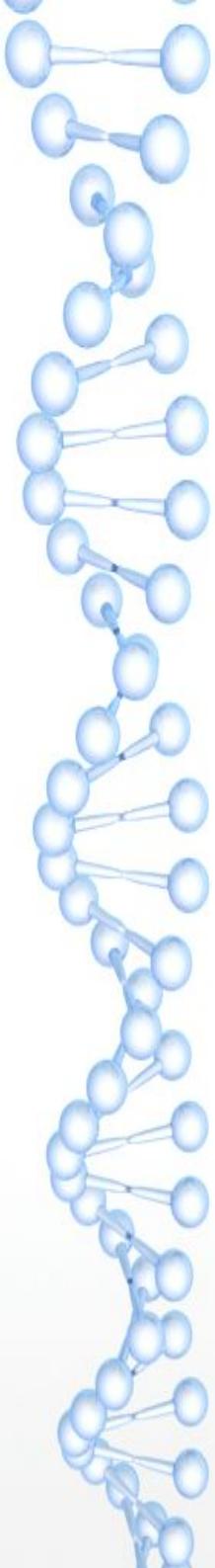




При скарлатине на гиперемизированном фоне кожи (фоне покраснения) появляется обильная мелкоточечная сыпь.

- Сыпь интенсивнее в области кожных складок (локтевые сгибы, подмышечные впадины, паховые складки).
- Носогубный треугольник бледный и свободный от сыпи.
- После исчезновения сыпи шелушение, продолжающееся 2-3 недели.



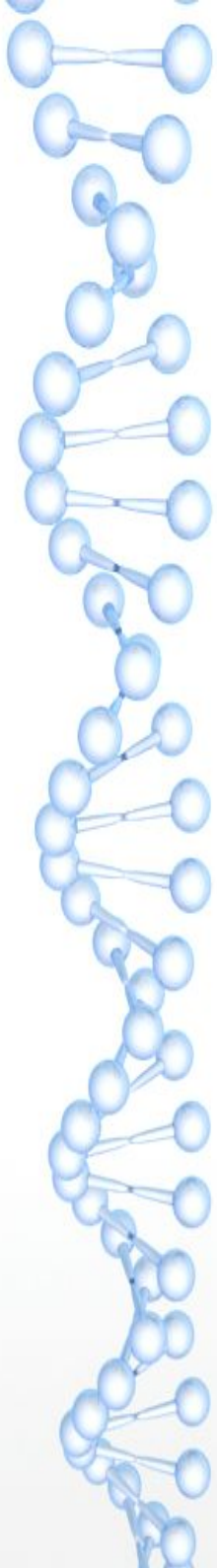


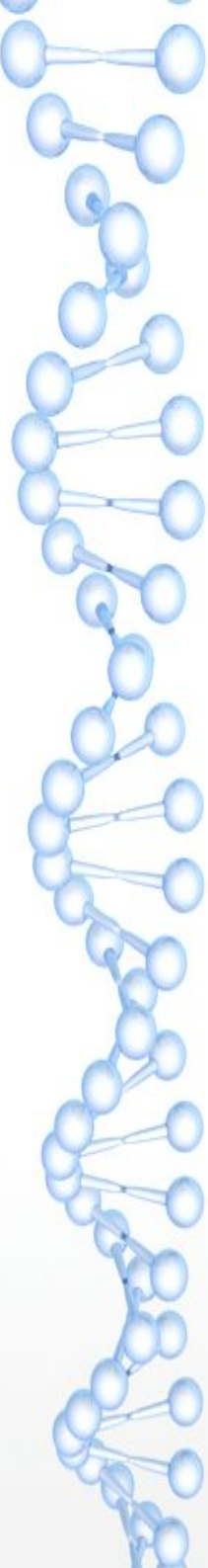


Менингококковая инфекция

(менингококцемия) характеризуется появлением геморрагической сыпи сначала мелкой, а затем сливного характера в виде «звезд».

- Сыпь чаще появляется на ягодицах, голеньях, руках, веках.





Помимо сыпи, любая детская инфекция характеризуется лимфаденопатией (увеличением определенных групп лимфатических узлов).

Участие лимфатической системы – неотъемленная часть инфекционного процесса при инфекциях.

При краснухе наблюдается увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов.

При кори увеличиваются шейные лимфоузлы, при ветряной оспе – заушные и шейные, а при скарлатине - переднешейные лимфоузлы.

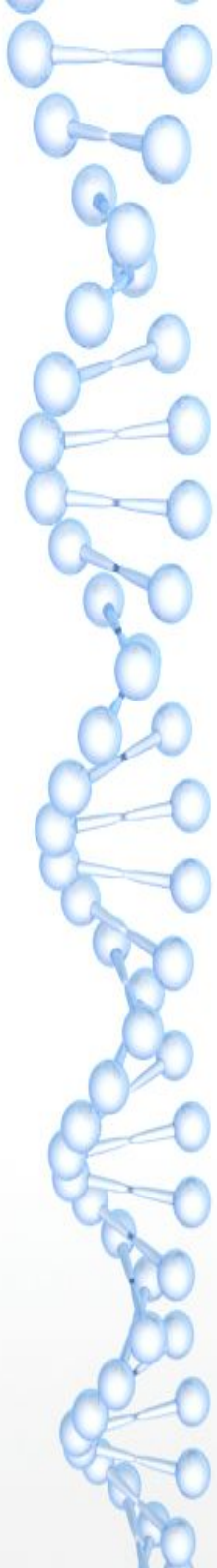
При мононуклеозе – сильное увеличение заднешейных лимфоузлов (пакеты лимфоузлов видны при поворотах головы ребенка).



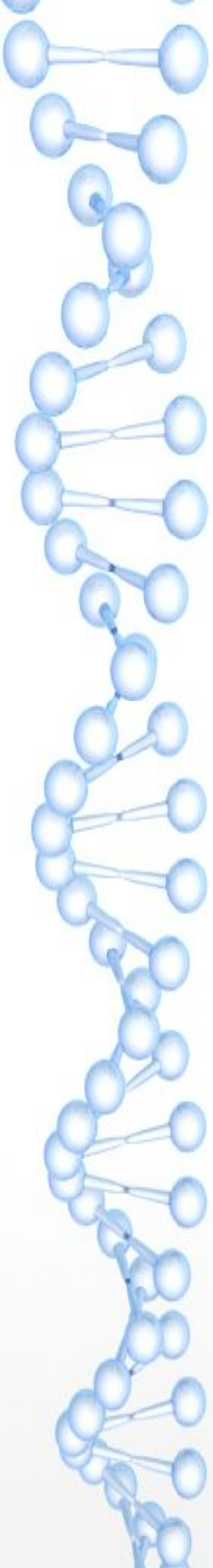
Период реконвалесценции

(выздоровления) характеризуется угасанием всех симптомов инфекции, восстановлением функций пораженных органов и систем, формированием иммунитета.

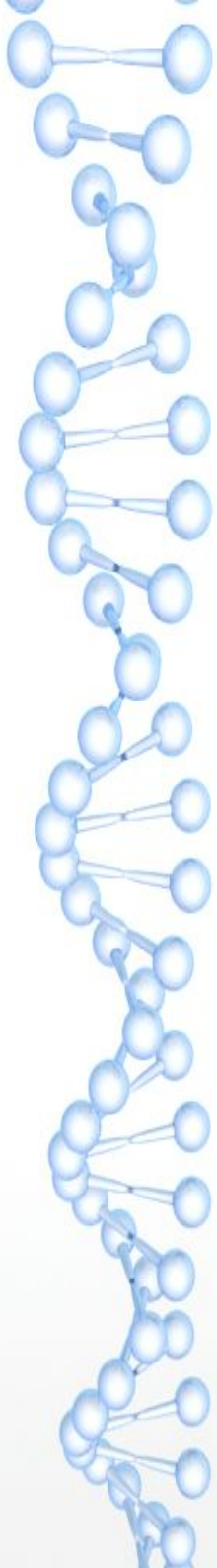
Ранняя реконвалесценция длится до 3х месяцев, поздняя реконвалесценция затрагивает период до 6-12 месяцев, а реже - дольше.



- Ожидаемой сложностью инфекций у детей является и опасность быстрого развития тяжелых осложнений. Это могут быть:
- - **инфекционно-токсический шок** в начале болезни (критическое падение давления, что чаще наблюдается при менингококковой инфекции, скарлатине),
- - **нейротоксикоз** при высокой температуре (развивающийся отек головного мозга),
- - **внезапная остановка дыхания или апное** при коклюше (за счет угнетения дыхательного центра), синдром истинного **крупа** при дифтерии (за счет мощного токсического отека ротоглотки), **вирусные поражения головного мозга** (краснушный энцефалит, коревой энцефалит, ветряночные энцефалиты), **синдром обезвоживания** (при острых кишечных инфекциях), бронхообструктивный синдром, гемолитикоуремический синдром, ДВС-синдром.

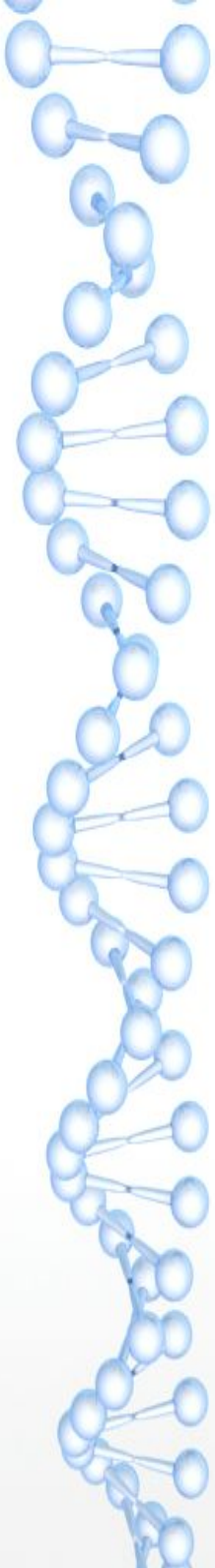


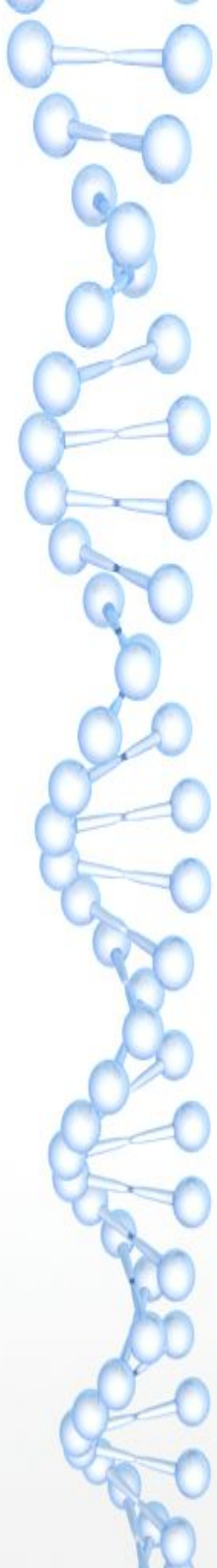
- Задачи лечения осуществляются проведением следующих мероприятий:
- 1. Своевременное выявление и при необходимости госпитализация больного ребенка, создание ему охранительного режима – постельного при тяжелом и среднетяжелом состоянии, полноценное питание, питьевой режим.
- 2. Этиотропная терапия (специфические препараты, направленные на подавление роста или уничтожение возбудителя инфекции). В зависимости от инфекции назначаются антибиотериальные препараты, противовирусные средства.
- 3. Патогенетическая терапия связана в основном с инфузионной терапией растворов определенной направленности (глюкозо-солевые растворы, коллоиды, препараты плазмы, крови), а также специфических парентеральных препаратов (ингибиторы протеаз, глюкокортикостероиды и другие), иммуномодуляторов.
- 4. Посиндромная терапия проводится при любой инфекции (жаропонижающие, противорвотные, сосудосуживающие, отхаркивающие, противокашлевые, антигистаминные и многие другие).



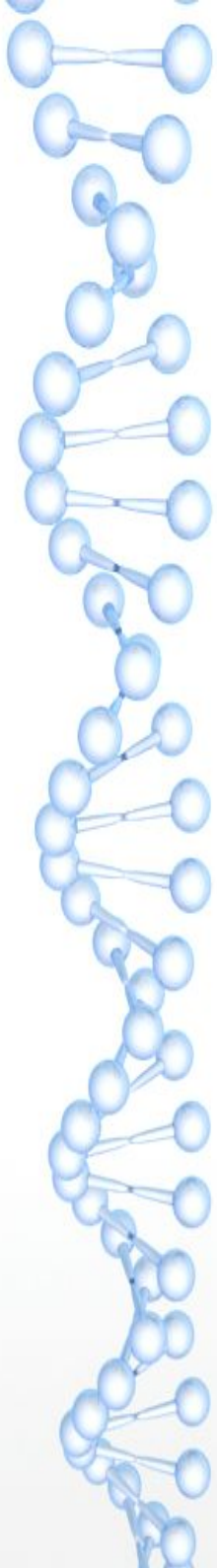
- Как проводить профилактику инфекций в детском возрасте?
- 1) Укрепление организма ребенка и повышение его сопротивляемости к инфекциям (гигиена, закаливание, прогулки на свежем воздухе, полноценное питание)
- 2) Своевременное обращение к врачу при первых симптомах инфекции
- 3) Специфическая профилактика детских инфекций - вакцинация. При многих детских инфекциях вакцинация введена в Национальный календарь прививок – корь, краснуха, дифтерия, полиомиелит, эпидемический паротит, гепатит В). В настоящее время созданы вакцины и при других инфекциях (ветряная оспа, менингококковая инфекция, пневмококковая инфекция, гемофильная инфекция).

ОРВИ у детей





Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) - группа острых инфекционных заболеваний, вызываемых РНК- и ДНК-содержащими вирусами и характеризующихся поражением различных отделов дыхательного тракта, интоксикацией, частым присоединением бактериальных осложнений.

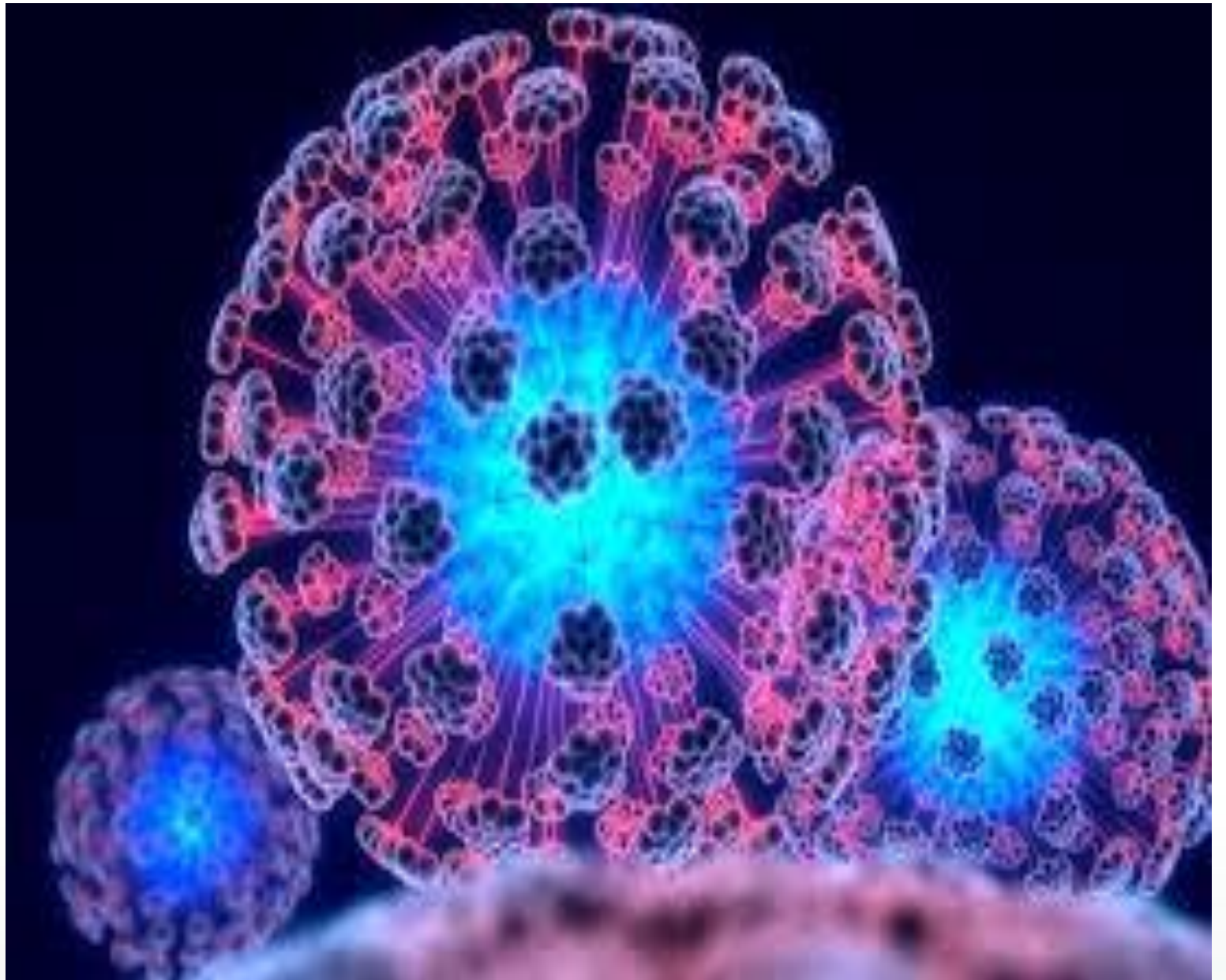


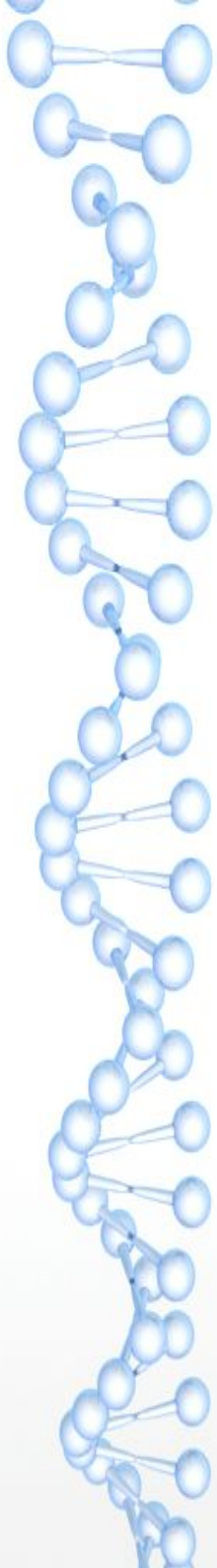
Возбудителями ОРВИ могут быть

- вирусы гриппа (типы А, В, С),
- парагриппа (4 типа),
- аденовирус (более 40 серотипов),
- РСВ (2 серовара),
- рео- и риновирусы (113 сероваров).

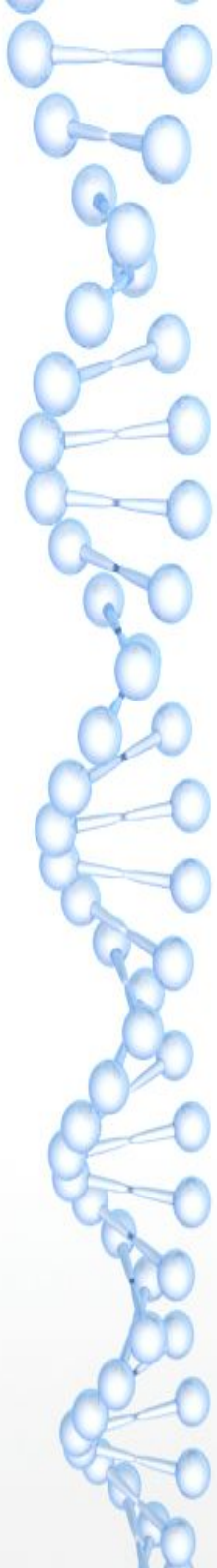
Большинство возбудителей - РНК-содержащие вирусы, исключение составляет аденовирус, в вирион которого входит ДНК.

Длительно сохраняться в окружающей среде способны рео- и аденовирусы, остальные быстро гибнут при высыхании, под действием УФО, обычных дезинфицирующих средств.





- . Болеют дети любого возраста.
- . Источник инфекции - больной человек.
- . Пути передачи инфекции - воздушно-капельный и контактно-бытовой (реже).
- . Естественная восприимчивость детей к ОРВИ высокая.
- . Больные наиболее контагиозны в течение 1-й недели заболевания.
- . Для ОРВИ характерна сезонность - пик заболеваемости приходится на холодное время года.
- . После перенесённого заболевания формируется типоспецифический иммунитет.
- . ОРВИ распространены повсеместно.



Входными воротами инфекции чаще всего служат верхние дыхательные пути, реже конъюнктива глаз и пищеварительный тракт.

Все возбудители ОРВИ эпителиотропны.

Вирусы гриппа, РСВ и аденовирусы могут поражать эпителий как верхних, так и нижних дыхательных путей с развитием бронхита, бронхиолита и синдрома обструкции дыхательных путей, при риновирусной инфекции преимущественно поражается эпителий носовой полости, а при парагриппе - гортани



Грипп

- Продолжительность инкубационного периода составляет от нескольких часов до 1-2 дней.
- Особенность начального периода гриппа - преобладание симптомов интоксикации над катаральными. В типичных случаях заболевание начинается остро, без продромального периода, с повышения температуры тела до 39-40 °С, озноба, головокружения, общей слабости, ощущения разбитости. Часто наблюдают лёгкую гиперемию лица и инъекцию сосудов склер, реже - носовые кровотечения. Состояние больных улучшается с 3-4-го дня болезни: температура тела становится ниже, интоксикация уменьшается,
- Характерная черта гриппа - длительная астения в период реконвалесценции, проявляющаяся слабостью, быстрой утомляемостью, потливостью и другими признаками, сохраняющимися несколько дней, иногда недель.



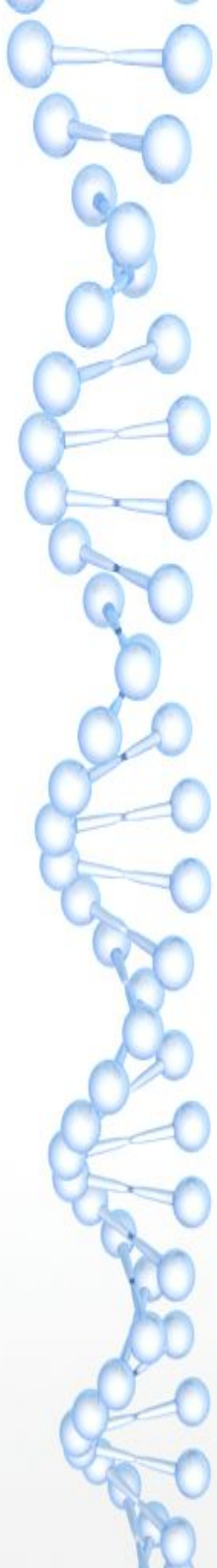
Парагрипп

- Продолжительность инкубационного периода составляет 2-7 дней, в среднем 2-4 дня.
- Заболевание начинается остро с умеренного повышения температуры тела, катаральных явлений и незначительной интоксикации. В последующие 3-4 дня все симптомы нарастают. Температура тела обычно не превышает 38-38,5 °С, редко сохраняясь на таком уровне более 1 нед.
- Катаральное воспаление верхних дыхательных путей - постоянный признак парагриппа с первых дней болезни. Отмечают сухой грубый «лающий» кашель, осиплость и изменение тембра голоса, саднение и боли за грудиной, боль в горле, насморк.
- Часто первым проявлением парагриппа у детей 2-5 лет выступает синдром крупа.
- При неосложнённом течении парагриппа продолжительность болезни составляет 7-10 дней.



Аденовирусная инфекция

- Инкубационный период составляет от 2 до 12 дней.
- Основные клинические формы аденовирусной инфекции у детей - фарингоконъюнктивальная лихорадка, ринофарингит, ринофаринготонзиллит, конъюнктивит и керато-конъюнктивит, пневмония.
- Патогномоничный симптом аденовирусной инфекции - конъюнктивит (катаральный, фолликулярный, плёнчатый). В процесс чаще вовлекается конъюнктива одного глаза, в основном нижнего века. Через 1-2 дня возникает конъюнктивит другого глаза.
- У детей раннего возраста (до 2 лет) нередко наблюдают диарею и боли в животе, обусловленные поражением мезентериальных лимфатических узлов.





Респираторно-синцитиальная инфекция

- Инкубационный период составляет от 2 до 7 дней.
- У детей старшего возраста респираторно-синцитиальная инфекция протекает обычно в виде лёгкого катарального заболевания, реже по типу острого бронхита.
- У детей раннего возраста, особенно первого года жизни, часто поражаются нижние дыхательные пути - развивается бронхиолит, протекающий с бронхообструктивным синдромом.



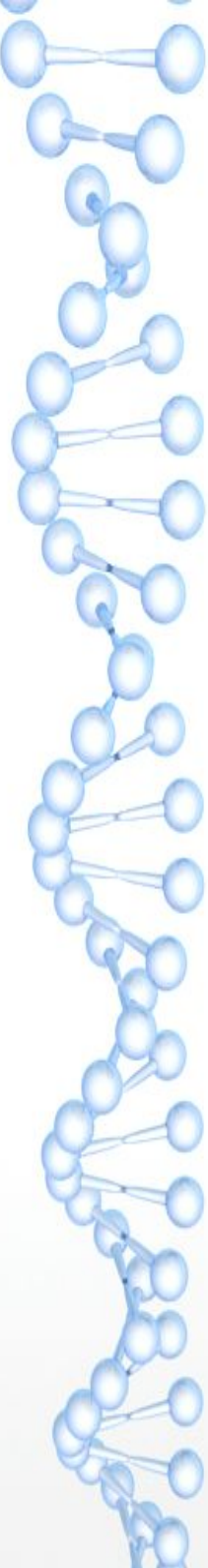
Риновиральная инфекция

- Продолжительность инкубационного периода составляет 1-6 дней, в среднем 2-3 дня.
- Риновиральная инфекция протекает без выраженной интоксикации и повышения температуры тела, сопровождается обильным серозно-слизистым отделяемым из носа.



Осложнения при ОРВИ

- Осложнения при ОРВИ могут возникнуть на любом сроке заболевания.
- Наиболее частыми осложнениями ОРВИ считают пневмонии, бронхиты и бронхиолиты.
- Второе по частоте место занимают гаймориты, отиты, фронтиты и синуситы.
- К грозным осложнениям, особенно у детей раннего возраста, следует отнести острый стеноз гортани (ложный круп).

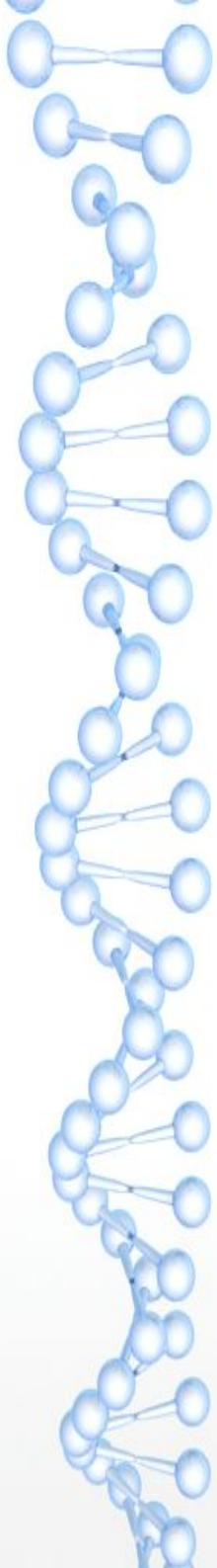


Лечение больных ОРВИ обычно проводят в домашних условиях.

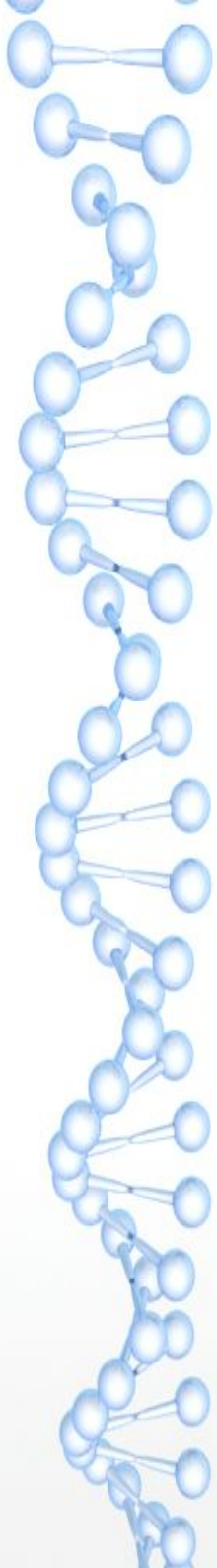
Традиционно в лечении ОРВИ широко используют:

- симптоматические (обильное тёплое питьё, полноценное питание),
- десенсибилизирующие [хлоропирамин (супрастин), клемастин, ципрогептадин (перитол)] и
- жаропонижающие (препараты парацетамола - калпол, панадол, тайленол; ибупрофен) средства.

!!! Кислота ацетилсалициловая детям противопоказана (риск развития синдрома Рея).



- Используют отхаркивающие средства (мукалтин, амброксол, бромгексин и др.), витамины (например, центрум, витрум), комплексные препараты (антигриппин, лорейн, колдрекс, тайленол-колд и др.).
- При выраженном рините интраназально применяют растворы отривин, називин, ксилометазолина (например, галазолин), пиносолола и др.
- При поражении глаз назначают мази (бонафтон, флореналь), капли Офтальмоферон.
- Антибактериальные препараты показаны только при наличии бактериальных осложнений, лечение которых проводят по общим правилам.



Этиотропная терапия оказывает эффект в ранние сроки заболевания. Используют интерферон альфа (гриппферон) для интраназального введения,

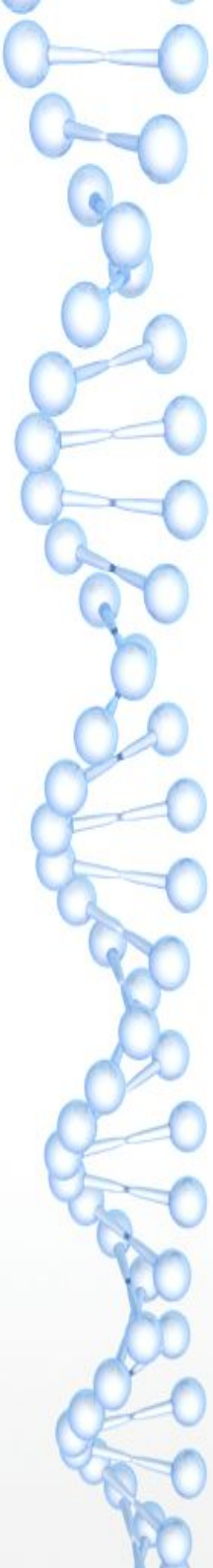
- амантадин, ремантадин (при гриппе А),
- озельтамивир (тамифлю), оксолиновую мазь, противогриппозный у-глобулин, виразол и др.



Профилактика

- введение в период эпидемии гриппа ограничительных мер для уменьшения скученности населения (отмена массовых праздничных мероприятий, удлинение школьных каникул, ограничение посещения больных в стационарах и т. д.);
- предупреждение распространения инфекции в детских учреждениях, семьях (ранняя изоляция больного - одна из важнейших мер, направленных на прекращение распространения ОРВИ в коллективе);
- повышение устойчивости ребёнка к заболеваниям с помощью закаливающих процедур, неспецифических иммуномодуляторов (назначение эхинацеи пурпурной, арбидола, ИРС-19, рибомунила);
- профилактические прививки

Острые кишечные инфекции



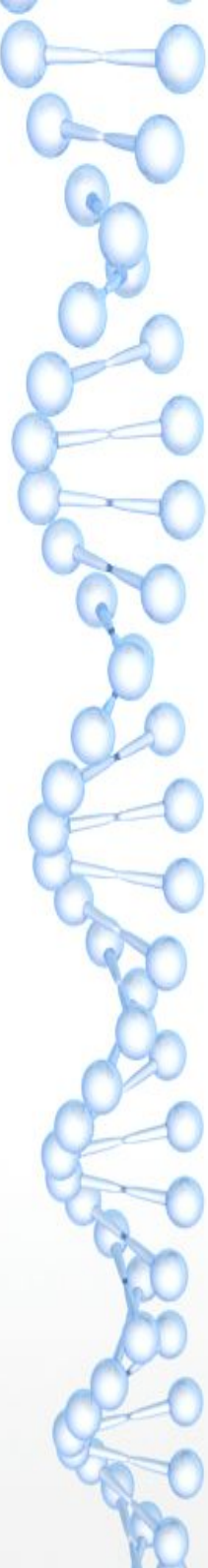


Острые кишечные инфекции (ОКИ) —

группа острых инфекционных заболеваний человека, вызываемых различными инфекционными агентами (преимущественно бактериями), с алиментарным механизмом заражения, проявляющиеся лихорадкой и кишечным синдромом с возможным развитием обезвоживания и тяжелым течением в детской возрастной группе и у пожилых людей.

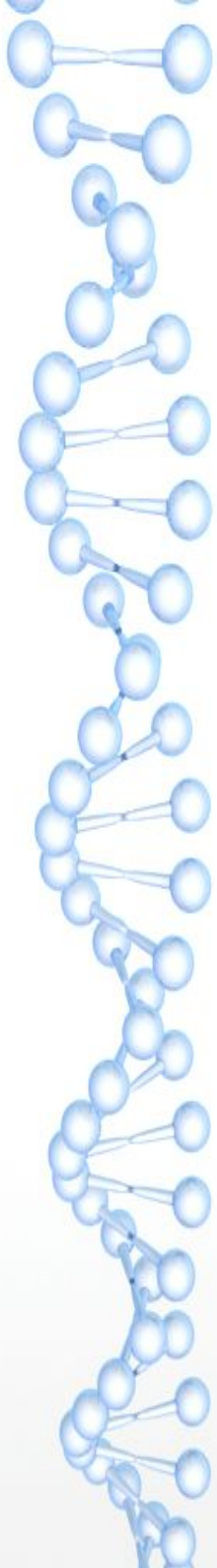
Ежегодно на планете заболевают более 500 млн. человек.

Структура детской заболеваемости и летальности позволяет говорить о третьем месте именно острых кишечных заболеваний.

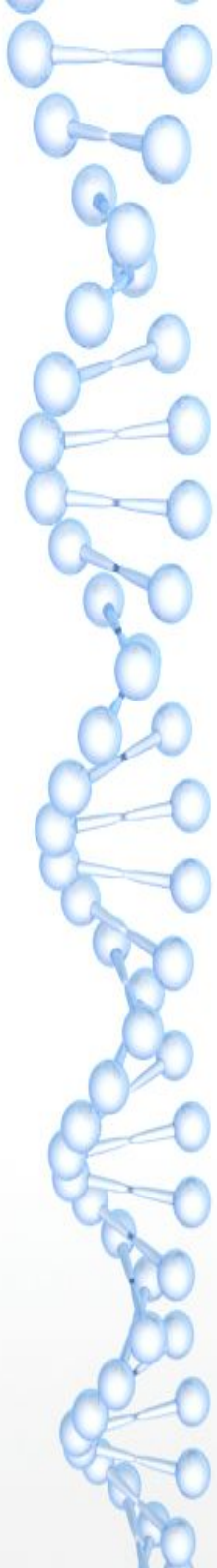


Выделяют несколько видов кишечных инфекций в зависимости от этиологии:

1. **Кишечная инфекция бактериальная:** сальмонеллез (*Salmonellae enteritidis et spp.*), дизентерия (*Shigellae sonnae et spp.*), иерсиниоз (*Iersiniae spp.*), эшерихиоз (*Esherihiae coli* энтероинвазивные штаммы), кампилобактериоз (энтерит, вызванный *Campylobacter*), острая кишечная инфекция, вызванная синегнойной палочкой (*Pseudomonas aeruginosa*), клостридиями (*Clostridium*), клебсиеллами (*Klebsiellae*), протеем (*Proteus spp.*), стафилококковое пищевое отравление (*Staphilococcus spp.*), брюшной тиф (*Salmonellae typhi*), холера (*Vibrio cholerae*), ботулизм (отравление ботулотоксином) и прочие.
2. **ОКИ вирусной этиологии** (ротавирусы, вирусы группы Норфолк, энтеровирусы, коронавирусы, аденовирусы, реовирусы).
3. **Грибковые кишечные инфекции** (чаще грибы рода *Candida*).
4. **Протозойные кишечные инфекции** (лямблиоз, амебиаз).



- . Источник инфекции – больной клинически выраженной или стертой формой кишечной инфекции, а также носитель.
- . Заразный период с момента возникновения первых симптомов болезни и весь период симптомов, а при вирусной инфекции – до 2х недель после выздоровления.
- . Больные выделяют возбудителей в окружающую среду с испражнениями, рвотными массами, реже с мочой.

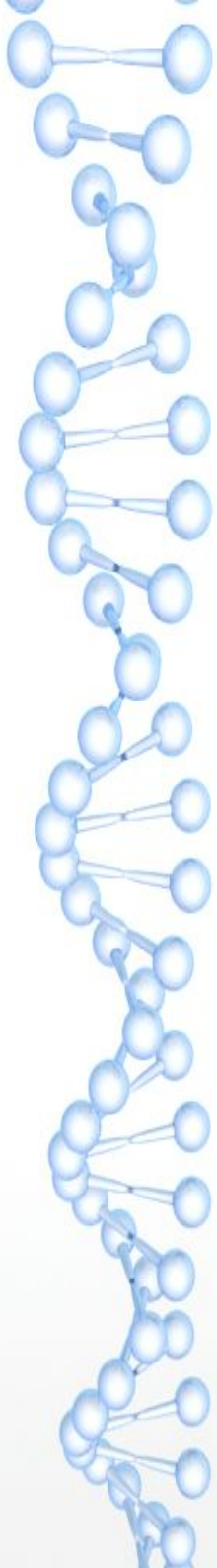


- Механизм заражения – **алиментарный** (то есть через рот).
- Пути инфицирования – **фекально-оральный** (пищевой или водный), **бытовой**, а при некоторых вирусных инфекциях – **воздушно-капельный**.
- Большинство возбудителей острой кишечной инфекции высокоустойчивы во внешней среде, хорошо сохраняют свои патогенные свойства на холоде (в холодильнике, например).
- **Факторы передачи** – пищевые продукты (вода, молоко, яйца, торты, мясо в зависимости от вида кишечной инфекции), предметы обихода (посуда, полотенца, грязные руки, игрушки, дверные ручки), купание в открытых водоемах.

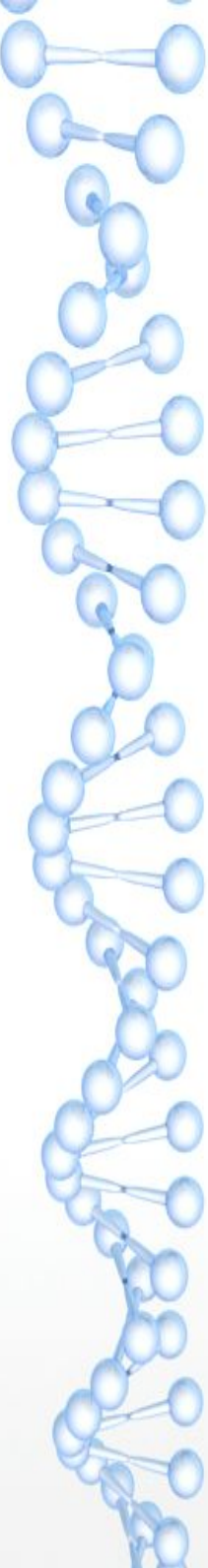


Факторы, предрасполагающие к развитию кишечной инфекции у детей:

- дети на искусственном вскармливании, недоношенные дети;
 - нарушение правил введения прикорма без необходимой термической обработки;
 - теплое время года (чаще летний период); разного рода иммунодефициты у детей;
 - патология нервной системы в перинатальном периоде.
- Иммунитет после перенесенной инфекции нестойкий, строго типоспецифический



Инкубационный период (с момента попадания возбудителя до появления первых признаков болезни) длится от 6 часов до 2х суток, реже дольше.

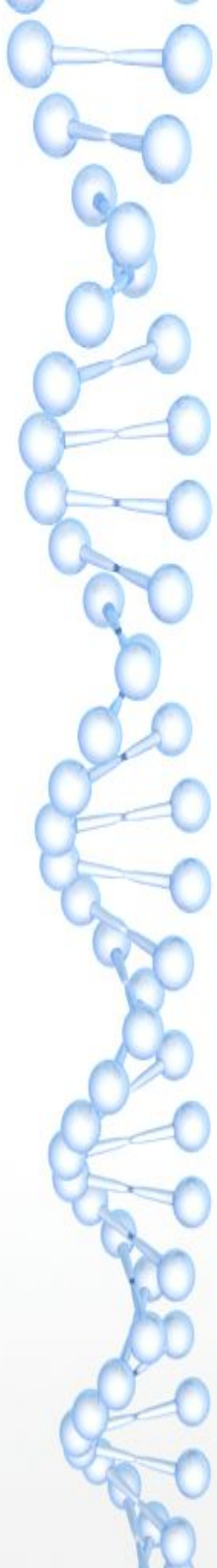


Для практически любой кишечной инфекции характерно развитие 2х основных синдромов, но в различной степени выраженности:

1. Инфекционно-токсического синдрома (ИТС), который проявляется температурой от субфебрильных цифр (37° и выше) до фебрильной лихорадки (38° и выше).

2. Кишечного синдрома.

Проявления кишечного синдрома могут быть разными, но есть схожесть симптоматики. Этот синдром может проявляться в виде синдрома гастрита, гастроэнтерита, энтерита, гастроэнтероколита, энтероколита, колита.



Такие синдромы как гастроэнтерит, гастроэнтероколит и энтероколит характерны для **сальмонеллеза**,

- энтероколит и колит – для **дизентерии**,
- **эшерихиозы** сопровождаются развитием гастроэнтерита,
- энтерит – ведущий синдром **холеры**,
- синдром гастрита может сопровождать **пищевое отравление**, однако это может быть и гастроэнтерит,
- **вирусные кишечные инфекции** протекают чаще в виде гастроэнтеритов.



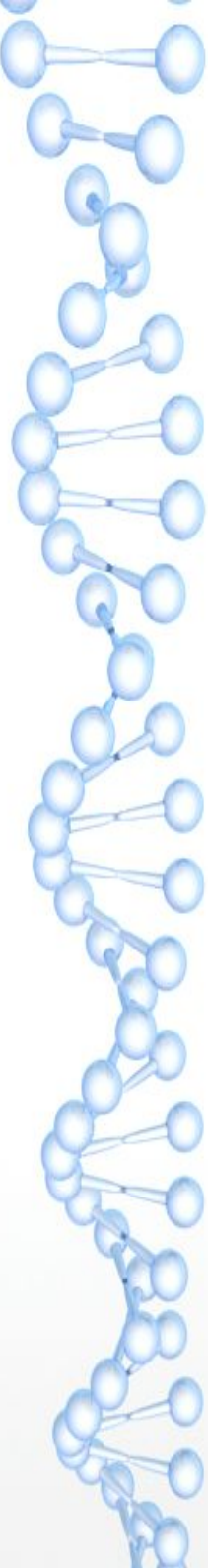
Особенности острой кишечной инфекции у детей

- более тяжелое течение острой кишечной инфекции,
- быстрое развитие симптомов обезвоживания,
- более высокая доля вирусного поражения кишечника, нежели во взрослой возрастной группе.



Осложнения острых кишечных инфекций

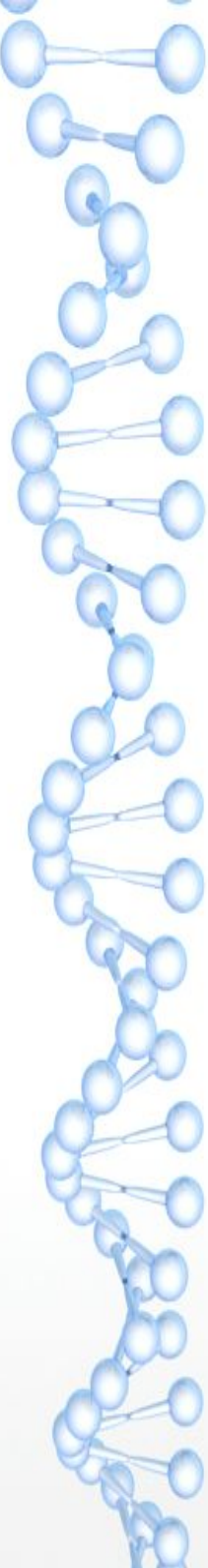
- 1) **Дегидратация** (обезвоживание) – патологическая потеря воды и солей неестественным путем (рвота, жидкий стул). 2) Одно из проявлений молниеносной дегидратации: дегидратационный шок с возможным летальным исходом. Имеет место глубокое обезвоживание и расстройства гемодинамики (критическое падение артериального давления).
- 2) **Инфекционно-токсический шок**: возникает на фоне высокой температуры, чаще в начале болезни и сопровождается высокой токсинемией (высокой концентрацией токсинов бактерий в крови), серьезными нарушениями гемодинамики и возможным летальным исходом.
- 3) **Пневмония** (воспаление легких).
- 4) **Острая почечная недостаточность.**



Что нельзя категорически делать при подозрении на острую кишечную инфекцию:

Если появился частый жидкий стул, сопровождаемой болями в животе и температурой, то:

- 1) Нельзя применять болеутоляющие лекарственные средства. В случае скрытых симптомов какой-либо хирургической патологии (холецистит, аппендицит, кишечная непроходимость и другие) снятие болевого синдрома может затруднить постановку диагноза и отложить оказание своевременной специализированной помощи.
- 2) Нельзя самостоятельно применять закрепляющие средства (вяжущие) – такие как имодиум или лоперамид, лопедиум и другие. При острой кишечной инфекции основная масса токсинов возбудителей концентрируется в кишечнике, и применение таких препаратов способствует их накоплению, что усугубит состояние пациента.



3) Нельзя делать самостоятельно клизмы, особенно с горячей водой.

4) Нельзя применять греющие процедуры на живот (грелка с горячей водой, например), что способствует усилению воспалительного процесса, что усугубит состояние пациента.

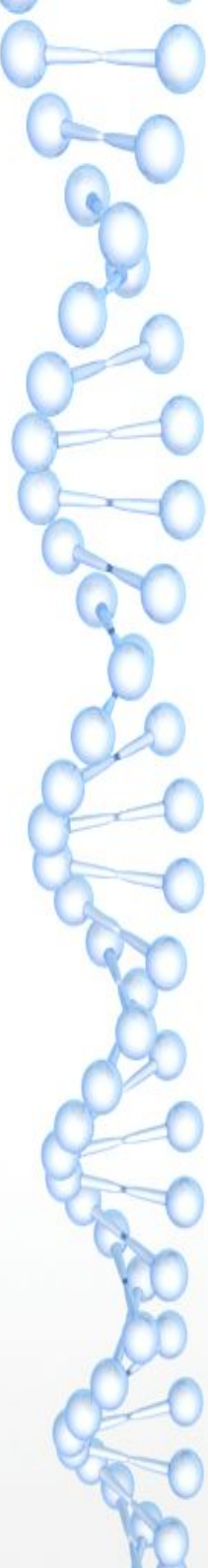
5) При наличии симптомов острой кишечной инфекции и подозрении на хирургическую патологию нельзя медлить и пытаться лечить подручными средствами (народные, гомеопатические и другие). Последствия промедления с обращением за медицинской помощью могут быть очень печальными.



Лечение при острой кишечной инфекции

1. Организационно-режимные мероприятия.

Госпитализации подлежат все дети раннего возраста с любой тяжестью кишечной инфекции в связи с опасностью быстрого развития синдрома обезвоживания.

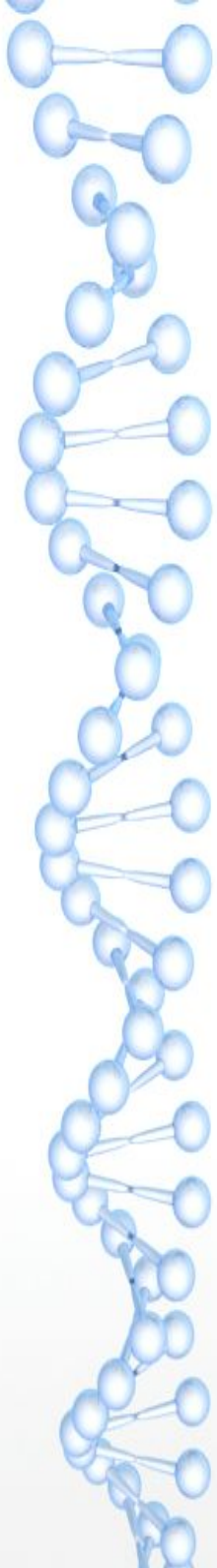


2. Медикаментозное лечение острой кишечной инфекции.

1) Регидратационная терапия (восполнение потерь жидкости и дезинтоксикация организма).

Пить жидкость (50,0 мл\кг) нужно дробно каждые 5-10-15 минут в теплом виде. Это растворы регидрона, цитроглюкосолана, энтеродеза.

Внутривенная регидратация проводится только в условиях стационара под строгим контролем показателей водно-солевого обмена.

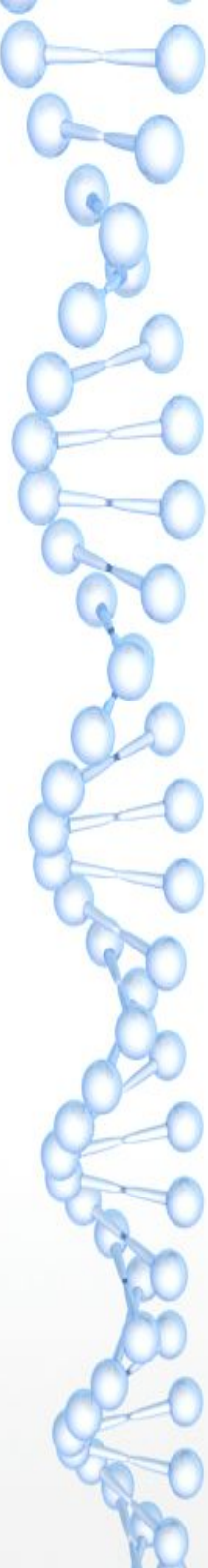


2) Патогенетическая и посиндромальная терапия.

- Противодиарейные препараты: энтеросорбенты (полифепам, белый уголь, фильтрум, лактофильтрум, энтеросгель и другие), смекта, бактисубтил, хелакфорте.
- Пробиотики (линнекс, аципол, ацилак, бцион3, бифидумбактерин форте, бифиформ, бифистим и многие другие),
- Кишечные антисептики (интетрикс, энтерол, энтеро-седив, интестопан, энтерофурил)
- Ферменты (панкреатин, креон, эрмиталь, микразим, мезим и прочие).
- Антибактериальные препараты группы фторхинолонов назначаются только врачом!

Спасибо за внимание!





Профилактика острой кишечной инфекции сводится к следующим мероприятиям:

- 1) соблюдение правил личной гигиены;
- 2) употребление кипяченой, бутилированной воды;
- 3) мытье овощей, фруктов перед употреблением проточной водой, а для маленьких детей – кипяченой;
- 4) тщательная термическая обработка необходимой пищи перед употреблением;
- 5) краткосрочное хранение скоропортящихся продуктов в холодильнике;
- 6) не скапливать мусор;
- 7) следить за поддержанием чистоты в жилище и санитарное содержание туалетной комнаты и ванной.