Общие вопросы острых кишечных инфекций

Кишечные инфекции до настоящего времени занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии, особенно в детском возрасте, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным заболеваниям. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 1 млрд «диарейных» заболеваний, из которых 65—70% у детей в возрасте до 5 лет.

Наиболее часто от острых кишечных инфекций (ОКИ) страдают дети младших возрастных групп, а среди них — первого года жизни. Это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями органов пищеварения, несовершенством защитных механизмов и отсутствием санитарно-гигиенических навыков. В недавнем прошлом летальность при кишечных инфекциях была очень велика. В современных условиях благоприятные исходы обусловлены преобладанием легких форм заболеваний, широким использованием антибактериальных средств и эффективными мерами патогенетической терапии. Тем не менее, вероятность осложнений в детском возрасте остается высокой. Из осложнений, которые развиваются у детей с ОКИ и которые реально угрожают жизни ребенка, следует, в первую очередь, упомянуть токсикоз с эксикозом, нейротоксикоз.

*Острые кишечные инфекции* — группа инфекционных заболеваний, вызванных различными микроорганизмами, объединенных сходным характером клинических проявлений в виде дисфункции ЖКТ и симптомами внекишечных расстройств. Несмотря на различия в этиологии и эпидемиологии ОКИ, их клиническая картина, критерии диагностики и принципы лечения в целом сходны.

*Возбудителями* кишечных инфекций могут быть бактерии и их токсины, вирусы и простейшие. Возбудители ОКИ устойчивы во внешней среде, могут длительное время сохраняться на руках, посуде, игрушках и предметах обихода, в почве и воде, инфицированных фекалиями больного, пищевых продуктах. Наиболее интенсивно они размножаются в молочных и мясных продуктах, студне, киселе, а также в воде (особенно в летнее время). Возбудители ОКИ обычно погибают при кипячении и обработке хлорсодержащими дезинфицирующими веществами. Перечень возбудителей ОКИ далеко не полон, постоянно открываются все новые возбудители ОКИ, многие из них недостаточно изучены.

*Восприимчивость* ОКИ высокая. Риск заражения зависит от дозы попавшего в организм возбудителя, его вирулентности, а также от состояния барьерной и ферментативной функции желудочно-кишечного тракта и активности иммунной системы.

*Клиническая картина*

Поражение ЖКТ • Гастрит (боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, тошнота, рвота, отрыжка, изжога) • Энтерит (разлитые боли в животе, вздутие и урчание живота, обильный водянистый стул без значительной примеси слизи и крови) • Колит (схваткообразные боли в животе, преимущественно локализующиеся в левой подвздошной области, тенезмы, ложные позывы на дефекацию, спазмированная болезненная при пальпации сигмовидная кишка, стул частый, жидкий с примесью слизи и крови)

 • Группа внекишечных синдромов • Интоксикация: обязательна для всех ОКИ; протекает с повышением температуры тела, головной болью, рвотой (не обязательно связанной с гастритом). Крайнее проявление интоксикации в тяжёлых случаях — нейротоксикоз • Обезвоживание: дефицит жидкости в тканях организма (сухость кожи и слизистых оболочек, жажда, расстройства гемодинамики и т. п. )

*Диагностика*

*Методы исследования*

Выделение возбудителя и его Аг (токсинов) • Бактериологическое исследование (используют в диагностике бактериальных и грибковых инфекций): выделение и типирование возбудителя в посевах кала, других биологических секретов и экскретов организма больного • Вирусологическое исследование (используют в диагностике вирусных инфекций): выделение вируса из кала в посевах на культуре клеток или при электронной микроскопии • Микроскопическое исследование (используют в диагностике протозойных инфекций): обнаружение паразитов в мазках нативного кала после обработки специальными красителями • Обнаружение сывороточных АТ к Аг возбудителя и роста их титра: серологическое обследование с использованием специальных диагностикумов в реакциях (РПГА, РНГА, ИФА и т. п. ).

*Лечение*

**• Показания к госпитализации •** Клинические: тяжёлые и среднетяжёлые формы болезни. Показатели тяжести заболевания — выраженность общей интоксикации или синдрома дисфункции ЖКТ • Эпидемиологические: в случаях, когда невозможно обеспечить изоляцию больного в домашних условиях (дети из закрытых учреждений).

• Диета. Ограничение и изменение пищевого рациона с использованием в питании молочнокислых продуктов, соблюдение принципа механического щажения. Исключают жареные и жирные блюда, сырые овощи и фрукты.

• Этиотропная терапия при бактериальных инфекциях (проводят всем детям, пожилым, пациентам с тяжёлыми и осложнёнными формами): антибиотики, производные нитрофурана или оксихинолина в течение 7– 10 дней. Предпочтение отдают препаратам, назначаемым внутрь и плохо всасывающимся в кишечнике. При ОКИ, вызванных простейшими, рекомендовано использование антипротозойных препаратов.

• При всех ОКИ — регидратационная терапия • Пероральная регидратационная терапия: регидрон, оралит • Инфузионную регидратационную терапию ( р - ры, содержащие натрия хлорид, калия хлорид, натрия гидрокарбонат) проводят при средне –тяжёлых и тяжёлых формах обезвоживания.

• Симптоматическая терапия ( жаропонижающие, спазмолитики)

*Иммунитет* после перенесенной ОКИ типоспецифический, нестойкий, продолжительностью от 3—4 мес. до 1 года, в связи с этим высока возможность повторных заболеваний.

*Профилактика*

Проведение санитарно - гигиенических мероприятий и строгое соблюдение технологических правил приготовления, хранения и реализации пищевых продуктов. Ранняя диагностика и изоляция больного ОКИ. В очагах **инфекции** проводят дезинфекцию (обработка дезинфицирующими р - рами, кипячение посуды). Выписку реконвалесцентов проводят только после отрицательного результата контрольного обследования кала. Всех реконвалесцентов активно наблюдают в условиях поликлиники (диспансерное наблюдение) в течение 1 мес после перенесённого заболевания. В закрытых и детских коллективах проводят лабораторное обследование контактных лиц и обслуживающего персонала.

Зав.отделением №6 , врач- инфекционист Ларина С. Ю.