21ДО понедельник 13.04.-2пара

 **Тема :Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей и их профилактика**

Тип: Лекция

Цель: познакомиться с острыми кишечными инфекциями у детей и сконцентрировать внимание на мерах профилактики

План: 1. Острые кишечные инфекции.

 2.Пищевые отравления и их профилактика.

 3.Гельминтозы.

**Задание:-** Изучить теоретический материал;

 - Подготовить тест из 12вопросов

 - Составить 3 ситуационные задачи

 - Выписать термины

 **Кишечная инфекция у детей** – группа инфекционных заболеваний различной этиологии, протекающих с преимущественным поражением пищеварительного тракта, токсической реакцией и обезвоживанием организма. У детей кишечная инфекция проявляется повышением температуры тела, вялостью, отсутствием аппетита, болями в животе, рвотой, диареей. Диагностика кишечной инфекции у детей основана на клинико-лабораторных данных (анамнезе, симптоматике, выделении возбудителя в испражнениях, обнаружении специфических антител в крови).

**Общие сведения**

Кишечная инфекция у детей – острые бактериальные и вирусные инфекционные заболевания, сопровождающиеся кишечным синдромом, интоксикацией. В структуре инфекционной заболеваемости кишечные инфекции у детей занимают второе место после [ОРВИ](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/respiratory-viral-infections). Восприимчивость к кишечной инфекции у детей в 2,5-3 раза выше, чем у взрослых. Около половины случаев кишечной инфекции у детей приходится на ранний возраст (до 3 лет). Кишечная инфекция у ребенка раннего возраста протекает тяжелее, может сопровождаться [гипотрофией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hypotrophy), развитием [дисбактериоза](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/dysbacteriosis) и ферментативной недостаточности, снижением иммунитета. Частое повторение эпизодов инфекции вызывает нарушение физического и нервно-психического развития детей.

**Причины**

Спектр возбудителей кишечных инфекций у детей крайне широк.. Кроме этого, встречаются кишечные инфекции, вызываемые вирусными возбудителями (ротавирусами, энтеровирусами, аденовирусами), простейшими (лямблиями, амебами, кокцидиями), грибами. Общими свойствами всех возбудителей, обусловливающих развитие клинических проявлений, являются энтеропатогенность, способность к синтезу эндо- и экзотоксинов.

Заражение детей кишечными инфекциями происходит посредством фекально-орального механизма алиментарным (через пищу), водным, контактно-бытовым путями (через посуду, грязные руки, игрушки, предметы обихода и т. д.). У ослабленных детей с низкой иммунологической реактивностью возможно эндогенное инфицирование условно-патогенными бактериями. Источником ОКИ может выступать носитель, больной со стертой или манифестной формой заболевания, домашние животные. В развитии кишечной инфекции у детей большую роль играет нарушение правил приготовления и хранения пищи, допуск на детские кухни лиц-носителей инфекции, больных [тонзиллитом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/chronic_tonsillitis), [фурункулезом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/furunculosis), [стрептодермией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/streptoderma) и пр.

 Наиболее часто регистрируются спорадические случаи кишечной инфекции у детей, хотя при пищевом или водном пути инфицирования возможны групповые и даже эпидемические вспышки. Подъем заболеваемости некоторыми кишечными инфекциями у детей имеет сезонную зависимость: так, [дизентерия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/dysentery) чаще возникает летом и осенью, [ротавирусная инфекция](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/rotavirus-infection) - зимой.

Распространенность кишечных инфекций среди детей обусловлена эпидемиологическими особенностями (высокой распространенностью и контагиозностью возбудителей, их высокой устойчивостью к факторам внешней среды), анатомо-физиологическими особенностями пищеварительной системы ребенка (низкой кислотностью желудочного сока), несовершенством защитных механизмов (низкой концентрацией IgA). Заболеваемости детей острой кишечной инфекцией способствует нарушение нормальной микробиоты кишечника, несоблюдение правил личной гигиены, плохие санитарно-гигиенические условия жизни.

Выраженность клиники оценивается по степени поражения ЖКТ, обезвоживания и интоксикации.

Характер местных проявлений при кишечной инфекции у детей зависит от поражения того или иного отдела ЖКТ, в связи с чем выделяют [гастриты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/acute-gastritis), [энтериты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/enteritis), [колиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_proctology/colitis), гастроэнтериты, гастроэнтероколиты, [энтероколиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/enterocolitis). Кроме локализованных форм, у грудных и ослабленных детей могут развиваться генерализованные формы инфекции с распространением возбудителя за пределы пищеварительного тракта.

В течении кишечной инфекции у детей выделяют острую (до 1,5 месяцев), затяжную (свыше 1,5 месяцев) и хроническую (свыше 5-6 месяцев) фазы.

**Симптомы у детей**

 **Дизентерия у детей**

После непродолжительного инкубационного периода (1-7 суток) остро повышается температура (до 39-40° C), нарастает слабость и разбитость, снижается аппетит, возможна рвота. На фоне лихорадки отмечается головная боль, ознобы, иногда – бред, [судороги](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/convulsive-syndrome), потеря сознания. Кишечная инфекция у детей сопровождается схваткообразными болями в животе с локализацией в левой подвздошной области, явлениями дистального колита (болезненностью и спазмом сигмовидной кишки,  с [выпадением прямой кишки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_proctology/rectal-prolapse)), симптомами сфинктерита. Частота дефекации может варьировать от 4-6 до 15-20 раз за сутки. При дизентерии стул жидкий, содержащий примеси мутной слизи и крови. При тяжелых формах дизентерии возможно развитие геморрагического синдрома, вплоть до [кишечного кровотечения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/gastrointestinal-bleeding).

У детей раннего возраста при кишечной инфекции общая интоксикация преобладает над колитическим синдромом, чаще возникают нарушения гемодинамики, электролитного и белкового обмена. Наиболее легко у детей протекает кишечная инфекция, вызванная шигеллами Зоне; тяжелее - шигеллами Флекснера и Григорьеза-Шига.

 **Эшерихиозы у детей**

Данная группа кишечных инфекций у детей крайне обширна и включает коли-инфекци, вызываемые энтеропатогенными, энтеротоксигенными, энтероинвазивными, энтерогеморрагическими эшерихиями.

Кишечная инфекция у детей, вызванная эшерихиями, протекает с субфебрильной или фебрильной температурой, слабостью, вялостью, снижением аппетита, упорной рвотой или срыгиваниями, метеоризмом. Характерна [водянистая диарея](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/diarrhea/watery) (обильный, брызжущий стул желтого цвета с примесью слизи), быстро приводящая к дегидратации и развитию эксикоза. При эшерихиозе, вызываемом энтерогеморрагическими эшерихиями, диарея носит кровавый характер.

Вследствие обезвоживания у ребенка возникает [сухость кожи](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/dry_skin) и слизистых оболочек, снижается тургор и эластичность тканей, западает большой родничок и глазные яблоки, снижается диурез по типу олигурии или анурии.

 **Ротавирусная инфекция у детей**

Обычно протекает по типу острого гастроэнтерита или энтерита. Инкубационный период в среднем длится 1-3 дня. Все симптомы кишечной инфекции у детей разворачиваются в течение одних суток, при этом поражение ЖКТ сочетается с катаральными явлениями.

Респираторный синдром характеризуется гиперемией зева, ринитом, першением в горле, покашливанием. Одновременно с поражением носоглотки развиваются признаки гастроэнтерита: жидкий (водянистый, [пенистый](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/diarrhea/foamy)) стул с частотой дефекаций от 4-5 до 15 раз в сутки, рвотой, температурной реакцией, общей интоксикацией. Длительность течения кишечной инфекции у детей – 4-7 дней.

 **Стафилококковая кишечная инфекция у детей**

Различают первичную стафилококковую кишечную инфекцию у детей, связанную с употреблением пищи, обсемененной стафилококком, и вторичную, обусловленную распространением возбудителя из других очагов.

Течение кишечной инфекции у детей характеризуется тяжелым эксикозом и токсикозом, рвотой, учащением стула до 10-15 раз в день. Стул жидкий, водянистый, зеленоватого цвета, с небольшой примесью слизи. При вторичной стафилококковой инфекции у детей кишечные симптомы развиваются на фоне ведущего заболевания: [гнойного отита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/chronic-suppurative-otitis-media), пневмонии, стафилодермии, [ангины](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/angina) и пр. В этом случае заболевание может принимать длительное волнообразное течение.

 Диагностика

На основании осмотра, эпидемиологических и клинических данных [педиатр](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatrician) (детский инфекционист) может лишь предположить вероятность кишечной инфекции у детей, однако этиологическая расшифровка возможна только на основании лабораторных данных.

Главную роль в подтверждении диагноза кишечной инфекции у детей играет бактериологическое исследование испражнений, которое следует проводить как можно ранее, до начала этиотропной терапии. При генерализованной форме кишечной инфекции у детей проводится посев крови на стерильность, бактериологическое исследование мочи, ликвора.

При кишечной инфекции у детей требуется исключить [острый аппендицит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/acute-appendicitis), панкреатит, лактазную недостаточность, дискинезию желчевыводящих путей и др. патологию. С этой целью проводятся консультации детского хирурга и [детского гастроэнтеролога](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pediatric-gastroenterologist/consultation)

 Прогноз и профилактика

Раннее выявление и адекватная терапия обеспечивают полное выздоровление детей после кишечной инфекции. Иммунитет после ОКИ нестойкий. При тяжелых формах кишечной инфекции у детей возможно развитие [гиповолемического шока](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/hypovolemic-shock),  [отека легких](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/pulmonary-edema), острой почечной недостаточности, [острой сердечной недостаточности](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/heart_failure), инфекционно-токсического шока.

В основе профилактики кишечных инфекций у детей – соблюдение санитарно-гигиенических норм: правильное хранение и термическая обработка продуктов, защита воды от загрязнения, изоляция больных, проведение дезинфекции игрушек и посуды в детских учреждениях, привитие детям навыков личной гигиены. При уходе за грудным ребенком мама не должна пренебрегать обработкой молочных желез перед кормлением, обработкой сосок и бутылочек, мытьем рук после пеленания и подмывания ребенка.

Дети, контактировавшие с больным кишечной инфекцией, подлежат бактериологическому обследованию и наблюдению в течение 7 дней.

 **Гельминтозы**

 **Этиология.** Гельминтоз — распространенное заболевание, ко­торое вызывается глистами (гельминтами), паразитирующими в организме человека. Гельминты могут жить во многих органах и тканях, но чаще они паразитируют в желудочно-кишечном тракте, питаясь его содержимым, поглощая питательные вещест­ва предназначенные организму ребенка. Паразитирование гель­минтов в организме приводит к ряду болезненных симптомов, понижает сопротивляемость к инфекциям и отягощает течение инфекционных и других заболеваний.

Причинами заражения гельминтами являются **несоблюдение** правил личной гигиены, неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние местности, помещений, где находятся дети,предметов быта, ухода за детьми, неправильное содержание игрушек.

У детей чаще встречаются аскариды, острицы, **власоглавы** и карликовые цепни.

 **Аскаридоз**

**Этиология.** Аскаридоз — заболевание, вызываемое парази-тированием в организме ребенка аскарид. Аскариды — **крупные** круглые, раздельнополые гельминты, белого цвета, которые жи­вут в тонком кишечнике человека. Заражение аскаридами проис­ходит при занесении в рот с пищей или питьем яиц с личинкой. Освободившись в кишечнике от скорлупы, личинки аскарид, вы­лупившись из яиц, проникают сквозь стенки кишечника в кровь, в воротную вену, сосуды печени, нижнюю полую вену, через ле­гочную артерию в легкие. Сквозь стенки альвеол личинки про­никают в бронхи, затем в трахею, глотку, а оттуда вновь со слюной и пищей в желудочно-кишечный тракт, где и развиваются в зре­лых паразитов. Цикл развития аскарид продолжается до 60 — 75 дней. Различают первую фазу цикла — миграционную и вторую фазу — кишечную.

**Течение болезни.** Клинически первая фаза чаще протекает бессистемно, но иногда у ребенка может развиваться быстро про­ходящий бронхит или пневмония при субфебрильной температуре, небольшом кашле. В некоторых случаях первая фаза болезни сопровождается появлением зудящей сыпи, повышением темпера­туры, эозинофилией в крови (увеличение эозинофилов — виды клеток крови).

Степень выраженности симптомов при кишечной фазе аска­ридоза зависит от количества паразитов и индивидуальных осо­бенностей ребенка. Частыми симптомами являются плохой аппе­тит, тошнота, иногда рвота, нарушение сна, раздражительность, быстрая утомляемость, возможно расстройство стула. Такие дети очень бледны, теряют в массе тела, часто жалуются на боли в животе. Осложнения при аскаридозе очень тяжелые, но встре­чаются редко: это кишечная непроходимость, перитонит (воспаление брюшины).

Диагноз аскаридоза ставят при обнаружении в испражнени­ях яиц аскарид.

Для **лечения** аскаридоза применяют соли пиперазина и кислородотерапию, последнюю проводят в условиях детской поликли­ники. Пиперазин по назначению врача дают детям часто в усло­виях дошкольного учреждения.

 **Энтеробиоз**

**Этиология.** Энтеробиоз — заболевание, вызываемое острица­ми. Острицы — раздельнополые круглые глисты небольших раз­меров, паразитирующие в нижнем отделе толстого кишечника, слепой кишке и начальной части восходящей ободочной кишки. Самки с огромным количеством яиц (до 12 тыс.) спускаются и прямую кишку во время сна ребенка, выходят из заднего про­хода и откладывают яйца в перианальных складках (вокруг заднего прохода), после чего погибают. Продолжительность жиз­ни остриц 3 — 4 недели. Яйца, отложенные самками, созревают через 4 — 6 часов. Загрязнение постельного и нательного белья руками больного ребенка и персонала, ухаживающего за ним, попадание яиц во внешнюю среду (через разносчиков — мух) приводят к заражению острицами других детей.

**Течение болезни.** Основным симптомом энтеробиоза является появление у ребенка зуда в заднем проходе, сначала по ночам, затем при большом заражении постоянного мучительного зуда, расчесов вокруг заднего прохода. Возможен кашицеобразный стул. При длительном энтеробиозе ухудшается общее состояние ребенка — он становится раздражительным, плохо спит, аппетит снижается. У девочек при заползании остриц в половые органы развивается тяжелое воспаление слизистой наружных половых органов и влагалища.

Диагноз энтеробиоза ставят при обнаружении яиц остриц или самих гельминтов в соскобах с перианальной области. Соскоб производят небольшим деревянным шпателем, спичкой, смочен­ными в 1%-ном растворе едкого натра или в 50%-ном растворе глицерина. Надо помнить, что в кале яйца остриц не обнаружи­ваются, так как кладка яиц происходит на коже вокруг заднего прохода ребенка. Детей, зараженных острицами, изолируют.

**Лечение** энтеробиоза часто ограничивается проведением гигие­нических мероприятий. Для этого в течение 5 — 7 дней ребенку на ночь ставят клизму из воды с добавлением 1/2 чайной ложки гидрокарбоната натрия. Ребенок должен спать в легких трусах, его постельное и нательное белье необходимо ежедневно прогла­живать горячим утюгом. Из лекарственных препаратов при энте­робиозе назначают пиперазин, нафтамон, эфирный экстракт из корневищ мужского папоротника. При сильном зуде назначают димедрол, супрастин, смазывание кожи вокруг заднего прохода 5%-ной анестезиновой мазью.

 **Трихоцефалез**

**Этиология.** Заболевание вызывается власоглавом, круглым раздельнополым гельминтом, небольшого размера. Паразитирует власоглав в толстом кишечнике, где он фиксируется на слизи­стой оболочке кишок, прошивая ее передним концом своего тела.

С фекалиями во внешнюю среду выделяются незрелые яйца;
которые дозревают в почве в течение 25 дней и уже зрелыми
попадают на продукты питания, через которые возможно зараже­-
ние ребенка. В кишечнике из зрелых яиц выходят личинки, они
внедряются в слизистую оболочку, находятся там трое суток, за­
тем выходят в просвет кишечника, где через месяц превращаются
в половозрелых гельминтов. Власоглав живет в организме чело­
века до пяти лет. I

**Течение болезни.** При трихоцефалезе дети становятся вялыми, появляется повышенная утомляемость, головокружение, ухуд­шается аппетит, не покидает тошнота, иногда бывает рвота, слю­нотечение. Ребенок жалуется на тупые боли по всему животу, которые, локализуясь иногда в правой подвздошной области, мо­гут симулировать острый аппендицит; наблюдается дисфункция кишечника — запоры чередуются с поносами, в стуле может быть слизь и даже кровь.

Диагноз трихоцефалеза ставят при обнаружении яиц власо­глава в кале больного ребенка.

Для **лечения** трихоцефалеза применяют препараты — гептилрезорцин, нафтамон и кислородотерапию, которые назначает уча­стковый педиатр. Во время лечения ребенок не посещает до­школьное учреждение.

 **Гименолепидоз**

**Этиология.** Гименолепидоз — заболевание, вызываемое лен­точным червем — карликовым цепнем. Карликовые цепни живут только в тонком кишечнике человека, и развитие их происходит от яйца до взрослой стадии в организме человека.

**Течение болезни.** Симптомы гименолепидоза те же, что и при других гельминтозах. Дети становятся раздражительными, плохо едят, жалуются на тошноту, могут быть диспепсические явле­ния — рвота, часто изменяется характер стула.

Диагноз устанавливается при обнаружении яиц карликового цепня в свежевыделенных фекалиях.

Для **лечения** гименолепидоза применяют препараты: экстракт мужского папоротника, фенасал, кукурбин (препарат из семян тыквы). Лечение длительное, несколькими курсами.

**Лямблиоз**

**Этиология.** Лямблиоз — заболевание, вызываемое простейши­ми, названными по имени ученого Д. Ф. Лямбля, впервые описавшего их. Лямблии, как все простейшие, размножаются про­стым делением. Живут в кишечнике человека.

**Течение** болезни. Лямблиоз развивается обычно постепенно, сопровождается диспепсическими расстройствами: стул учащает­ся до четырех раз в сутки, становится кашицеобразным или жидким с примесью слизи и непереваренной пищи. Кроме того, у больного ребенка снижается аппетит, появляются тошнота, рвота, развивается общая слабость, анемия, наблюдаются изме­нения в деятельности нервной системы.

Диагноз лямблиоза устанавливается при обнаружении возбу­дителя испражнениях больного ребенка.

Для лечения лямблиоза применяют препараты: фуразолидон, аминохинрл; лечение проводится в домашних условиях под на­блюдением участкового педиатра. Перед выпиской в дошкольное учреждение проводят повторные исследования кала.

Ребенок может посещать снова дошкольное учреждение при улучшении общего самочувствия и при отрицательном анализе кала.

 **Профилактика гельминтозов**

Профилактика гельминтозов заключается в проведении ком­плекса мероприятий: соблюдение всех санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил в детском учреждении для пред­отвращения загрязнения фекалиями внешней среды, предметов ухода за детьми, игрушек, посуды, пищи; строгое соблюдение правил личной гигиены, ведь мытье рук с мылом полностью очи­щает руки от яиц глистов; систематическая смена постельного и нательного белья; правильное мытье посуды; влажная уборка помещений; уборка унитазов; дезинфекция горшков; контроль за мытьем рук детей, за состоянием их ногтей; смена песка в песоч­ницах на детских площадках один раз в две недели. В дошколь­ном учреждении важно проводить плановое (два раза в год) обследование всех детей на глистоношение.

Больным детям и носителям глистов (без симптомов заболе­вания), которых выявляют при плановых обследованиях детских коллективов, проводят активное лечение.

Большое значение в профилактике гельминтозов имеет санитарно-просветительная работа с детьми и их родителями по со­блюдению правил личной гигиены и профилактике гельминтозов: содержание рук в чистоте; правильное пользование туалетной бумагой, горшком, унитазом; тщательное мытье овощей, фруктов и ягод, употребляемых в пищу в сыром виде; борьба с мухами.

**Контрольные вопросы и задания**

1. Что такое гельминтоз? 2. Назовите виды глистов, которые часто встречаются у детей. 3. Как происходит заражение аскаридами? 4. Какая фаза цикла развития аскарид сопровождается клинической картиной? 5. Какие симптомы обнаруживают наличие глистов у детей? 6. Назовите методы лечения гельминтозов, которые можно использовать в дошкольном учреждении.

7. Перечислите меры профилактики гельминтозов в дошкольном учреждении.