**Содержание:**

Введение

. Острые кишечные инфекции

2. Дизентерия

. Сальмонеллез

. Уход за ребенком с инфекционным заболеванием

. Лечебное питание детей с кишечной инфекцией

. Дополнительные рекомендации по питанию детей с кишечной инфекцией

Заключение

**Введение**

Начиная с самого первого момента после появления на свет, каждый ребенок сталкивается с инфекцией. Микроорганизмы вездесущи - они находятся в воздухе, которым малыш начинает дышать, на коже матери, которая держит его на руках и кормит грудью, на окружающих его предметах. Впоследствии некоторые микробы поселяются в кишечнике, во рту, на поверхности кожи младенца, принося не вред, а пользу (с ними организм человека находится в содружественном симбиозе), тогда как с другими происходит постоянная борьба. От исхода этой борьбы зависит здоровье, а здоровье определяет будущее ребенка. Каждая болезнь накладывает свой отпечаток, ограничивая будущие возможности взрослого человека, тогда как полноценная жизнь зависит от многообразия и свободы выбора. Таким образом, в глобальном смысле инфекция является экологическим фактором, влияющим и на качество жизни, и на ее продолжительность.

Опытные мамы и папы с легкостью определяют, когда ребенок начинает болеть. На это указывает ряд несомненных признаков, хорошо всем знакомых повышение температуры, изменения в поведении, аппетите, головная боль, слабость. Но есть и более специфические симптомы, ориентируясь на которые можно предварительно установить хотя бы общие принципы ухода, а также экстренность обращения за медицинской помощью и необходимость госпитального (больничного) лечения.

Актуальность проблемы: острые кишечные инфекции занимают в структуре детской смертности 4-е место, в структуре детских инфекционных заболеваний занимают 2-е место. Острые кишечные инфекции характеризуются не только высокой заболеваемостью, частотой случаев, но и к сожалению высокой летальностью. Особенно высока летальность у детей 1-го года жизни.

Частота кишечных инфекций в детском возрасте, вопреки широко распространённому мнению, не снижается и являются одной из ведущих причин высокой заболеваемости инфекционными заболеваниями в детском возрасте. Передача возбудителей происходит через различные факторы, подвергшиеся фекальному загрязнению (вода, пища, мухи, руки и др.). В борьбе с кишечными инфекциями методы воздействия на механизм передачи (упорядочение водоснабжения, хлорирование воды, коммунальное благоустройство, уничтожение мух, соблюдение санитарных правил питания и в быту и т.п.) в большинстве случаев являются ведущими ввиду высокой эффективности и относительной доступности такого воздействия. Возбудители кишечных инфекций в большинстве случаев устойчивы к воздействию внешней среды. К группе кишечных инфекций относятся: брюшной тиф, паратиф А, паратиф В, дизентерия бактериальная (много форм), холера, амёбиаз, ботулизм, токсикоинфекции сальмонеллезные и стафилококковые (много форм), инфекционные поражения кишечника, вызываемые патогенными формами кишечной палочки и патогенными простейшими, бруцеллез, лептоспирозы, большинство гельминтозов и др. (всего более 20% всех болезней, поражающих человека). Антимикробные препараты кардинально изменили прогноз при многих инфекционных заболеваниях, но растущее число резистентных штаммов, что требует постоянной разработки новых антибиотиков. В этой работе мы рассмотрим наиболее часто встречающиеся в детском возрасте кишечные инфекции - дизентерию и сальмонеллез.

**1. Острые кишечные инфекции**

Каждый ребенок и каждый родитель наверняка сталкивались или столкнутся с острыми кишечными инфекциями в своей жизни. Особенно тяжело они протекают у детей первого года жизни, в ряде случаев приводя к летальным исходам. Поэтому особенно важно знать основные признаки развивающегося заболевания: хотя возбудителей ОКИ довольно много, все они вызывают схожую клиническую картину с рядом общих симптомов. Это связано с общим механизмом распространения инфекции (фекально-оральным и его модификациями), а также общим местом локализации - все ОКИ в той или иной степени повреждают желудочно-кишечный тракт целиком или один из его отделов.

Понос - самый частый и легко выявляемый признак ОКИ. Это расстройство кишечной функции, которое проявляется в учащении стула с изменением его консистенции и качества. Характер поноса позволяет обычно определить локализацию процесса в кишечнике (толстый или тонкий). Однако, поскольку многие заболевания инфекционной природы затрагивают все отделы желудочно-кишечного тракта (по типу острого гастроэнтероколита), поносы могут носить смешанный характер, что указывает на вовлечение в патологический процесс и желудка, тонкого кишечника и толстой кишки.

При преимущественной локализации поражения в тонком кишечнике (при энтерите) поносы могут быть различной частоты, но испражнения всегда обильные, кашицеобразные или жидкие, пенистые, водянистые, их реакция кислая, обычно есть остатки непереваренных пищевых веществ. Помимо поноса, острый энтерит характеризуется утратой аппетита, тошнотой, болями в животе (маленькие дети обычно не локализуют свои болевые ощущения, а если родители настойчивы, ребенок может указать на область пупка). Кроме того, можно заметить вздутие живота, громкое урчание в нем. При остром энтерите основной опасностью для ребенка является обезвоживание, так как с жидким стулом теряется много воды и минеральных веществ.

Отличительной особенностью течения инфекционного процесса у детей первого года жизни является частая склонность к неспецифической реакции на внедрение различных инфекционных агентов, которая проявляется развитием токсикоза. В основе развития токсикоза лежат интоксикация, обезвоживание (эксикоз) и резкое снижение тонуса сосудистого русла (коллапс). Недостаточность кровообращения приводит к быстрому повреждению всех органов и систем детского организма, истощению энергетических запасов и нарушению снабжения кислородом тканей, что в конечном итоге представляет непосредственную угрозу жизни ребенка.

Различные степени обезвоживания встречаются практически в каждом случае ОКИ у грудных детей вследствие обильных поносов и рвоты. Помимо потерь воды, большое значение имеет утрата жизненно важных минеральных веществ - калия, натрия, кальция. Благоприятный фон для развития обезвоживания и токсикоза создают последствия внутриутробной гипоксии, родовые травмы, наличие врожденных или наследственных заболеваний, а также дефекты вскармливания.

На фоне больших потерь жидкости с поносом и рвотой ребенок вначале возбужден, беспокоен. Отмечаются выраженная жажда и сухость слизистых оболочек. Затем нарастающие потери минеральных солей приводят к снижению плотности тканей и потере массы тела, по которой можно ориентироваться при оценке степени тяжести состояния ребенка. Утрата 6-8% массы тела характеризует легкую степень обезвоживания, проявляющуюся западением большого родничка и сухостью слизистых, дефицит 10% первоначального веса свидетельствует об обезвоживании средней степени тяжести, утрата 15% массы тела позволяет поставить диагноз тяжелого обезвоживания. Внешний вид ребенка характерен: запавшие глазные яблоки и родничок, заострившиеся черты лица, кожа легко собирается в складку, которая затем расправляется очень медленно или не расправляется совсем (при тяжелом обезвоживании). Вскоре возбуждение и беспокойство сменяются заторможенностью разной степени выраженности. В этот период кожа ребенка становится холодной и приобретает бледно-землистый оттенок, пульс резко учащенный и слабый.

Несмотря на то, что обезвоживание встречается у детей первого года жизни при развитии ОКИ с пугающей частотой, избежать его или, по крайней мере, значительно облегчить его течение не сложно. Это может сделать в домашних условиях любая мать. Важно лишь начать лечить ребенка своевременно, а не тогда, когда развилась выраженная заторможенность. Метод лечения, получивший название оральной регидратации (оральная - через рот, регидратация - восполнение утраченной жидкости), применяется в настоящее время во всех лечебных учреждениях как основной в терапии ОКИ. Он прост и доступен любой семье в домашних условиях. С этой целью используются так называемые глюкозосолевые растворы (оралит, регидрон, глюкосолан и пр.). Их продают в аптечной сети в сухом виде: 1 пакетик разводится в 1 л воды, а затем раствор дают ребенку по 1/2 или 1 ч. л. каждые 5 мин. Суточное количество жидкости определяют из расчета 110 мл раствора на 1 кг веса ребенка до заболевания.

**2. Дизентерия**

Дизентерия - острая бактериальная кишечная инфекция, поражающая толстый кишечник, преимущественно конечный его отдел. Дизентерию обнаруживают у половины всех детей старше года, заболевших ОКИ. В возрасте до года она встречается значительно реже.

Возбудителем дизентерии является дизентерийная палочка - шигелла, названная так по имени исследователя, выделившего ее в чистой культуре. Существуют несколько вариантов шигелл, однако на европейской территории нашей страны преобладают два вида - Флекснер и Зонне, а в южных областях - только Флекснер. Шигеллам присуща выраженная изменчивость, в результате чего возникают варианты, устойчивые к влиянию антибиотиков. Шигеллы попадают в организм ребенка через рот посредством инфицированной воды, пищи или грязных рук, проходят через весь желудочно-кишечный тракт и фиксируются на слизистой оболочке его дистальных отделов (чаще в сигмовидной кишке). Там шигеллы размножаются и выделяют токсин, который воздействует на все ткани, но в первую очередь - на нервные клетки и волокна. Все последующие нарушения в организме связаны с действием токсина. В конечном отделе толстого кишечника сначала возникает воспаление, затем образуются язвы, потом наступает стадия их заживления и удаления шигелл из организма.

Источником инфекции является больной острой или хронической дизентерией и бактерионоситель. Как и у всех кишечных инфекций, механизм передачи - фекально-оральный. Шигеллы могут распространяться при помощи зараженной воды, инфицированной пищи, большое значение имеют мухи, которые способны переносить большое количество микроорганизмов на своих лапках. Старые врачи называли дизентерию «болезнью грязных рук», что совершенно справедливо. Причем такой путь передачи характерен как раз для детей младшего возраста, а у детей постарше чаще встречается пищевой путь инфицирования (в последнее время часто встречаются случаи заражения при употреблении в пищу сметаны). Отмечено значительное увеличение заболеваемости дизентерией в июле - октябре, причем максимум заболеваний приходится на июль - август. У грудных детей пик смещен примерно на месяц, и максимум случаев дизентерии среди них встречается в сентябре. Единичные случаи могут наблюдаться круглогодично.

**Признаки и течение заболевания**

Продолжительность инкубационного периода колеблется от 1 до 7 дней (чаще 2-3 дня). Заболевание начинается остро с повышения температуры тела, озноба, понижения аппетита. Степень выраженности токсикоза варьирует от головной боли и слабости при легком течении до судорог и сумеречного состояния сознания при тяжелом. Затем появляются боли в животе, вначале тупые, разлитые по всему животу, в дальнейшем они становятся более острыми, схваткообразными, локализующимися, как правило, внизу живота, чаще слева, реже справа. Боли обычно усиливаются перед дефекацией. Возникают тенезмы, появляются ложные позывы на низ. Может быть значительное обезвоживание организма.

При прощупывании живота отмечаются спазм и болезненность толстой кишки, более выраженные в области сигмовидной кишки, которая определяется в виде толстого жгута. Стул типичный для дистального колита, с примесью слизи и крови, принимающий постепенно характер «ректального плевка», частота его колеблется от 2-3 раз в сутки при легкой форме заболевания до 15-20 при тяжелой. Длительность заболевания составляет 1-2 дня при легкой форме и 8-9 дней при благоприятном течении тяжелой дизентерии.

У детей старше года может встречаться другой вариант дизентерии - энтероколитический, что типично при пищевом пути заражения. При этом заболевание начинается остро, с повторяющейся рвоты и признаков интоксикации, иногда довольно тяжелой, обычно развивается значительное обезвоживание. Понос первоначально носит энтеритный характер, стул обильный и водянистый и лишь спустя 1-2 суток его объем уменьшается, в нем появляются примеси слизи и прожилки крови.

У детей раннего возраста дизентерия может развиваться как остро, так и более стерто и медленно. Признаки дистального колита могут длительное время отсутствовать или не проявиться вовсе, чаще заболевание протекает по типу энтерита или энтероколита. Тяжесть болезни зависит от токсикоза и обезвоживания. Примесь крови появляется значительно позже, чем у детей старшего возраста, заболевание само по себе протекает более длительно, а при неправильной диете и неадекватном лечении у грудного ребенка может развиться дистрофия.

В диагностике дизентерии ведущее значение принадлежит бактериологическому исследованию испражнений ребенка. После окончания острого периода необходимо провести еще одно бактериологическое исследование, чтобы убедиться в полном освобождении организма от инфекции.

Атипичные формы дизентерии протекают без развития колита и нарушений стула и выявляются при обследовании контактных в очаге инфекции. Такие формы считают бактерионосительством.

**Лечение дизентерии у детей**

В лечении дизентерии важнейшая роль принадлежит диете. Из питания исключают продукты, богатые растительной клетчаткой и раздражающие кишечник Пища дается преимущественно в проваренном и протертом виде. Используют протертые слизистые супы, безмолочные каши, мясо и рыбу в виде суфле и фрикаделек Детям грудного возраста в качестве докорма и прикорма назначают только кисломолочные смеси, каши на овощном отваре, протертый творог. Прием пищи должен быть небольшими порциями каждые 2-3 ч. Переход на обычный режим питания осуществляется постепенно, в течение 1 -2 месяцев, после полного клинического выздоровления.

Использование противомикробных препаратов при дизентерии ограничено среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания. Выбор препарата осуществляется врачом строго индивидуально с учетом всех показаний и противопоказаний, а также чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам. У детей раннего возраста применяют ампициллин, у детей старше года используют налидиксовую кислоту, бактрим, фуразолидон, а при тяжелом течении - рифампицин, аминогликозиды (гентамицин) внутримышечно в возрастных дозировках.

С первых часов заболевания необходимо начать оральнуюрегидратацию. При легком течении достаточно 2-3 порошков «Регидрона» или «Оралита», при среднетяжелом и тяжелом течении необходимо внутривенное введение плазмозамещающих солевых растворов. Если иммунная система ребенка не справляется с шигеллами, а течение заболевания затягивается, используют средства, стимулирующие иммунитет и неспецифическую резистентность организма: метилурацил, пентоксил, поливитамины в возрастных дозировках. В восстановительном периоде для коррекции пищеварительных нарушений с целью скорейшего возвращения к возрастной физиологической диете используются ферментные препараты (абомин, пепсин, панкреатин, мезим, ораза) в зависимости от возраста ребенка и особенностей его пищеварительной системы.

Для восстановления нормальной кишечной микрофлоры применяют бактериальные препараты - бификол и бифидумбактерин - на протяжении 2-4 недель. С успехом можно использовать и молочнокислые продукты, содержащие бифидобактерии (биокефир, бифидок и пр.). Для улучшения самочувствия и нормализации кишечной функции применяют спазмолитики и вяжущие средства: но-шпу, папаверин, атропин, висмут, танальбин, отвар черники, дубовой коры в возрастных дозировках.

**3. Сальмонеллез**

Сальмонеллез - одна из часто встречающихся инфекций, которая поражает и детей, и взрослых. Заболевание может протекать по типу пищевой токсикоинфекции (у детей старше года), а также давать тяжелые формы у детей грудного возраста.

Возбудителем инфекции является сальмонелла, которая поражает не только людей, но и животных. Известно более 700 разновидностей сальмонелл, вызывающих заболевание у человека. Они достаточно устойчивы во внешней среде, хорошо переносят низкие температуры, но быстро погибают при высоких. Активно размножаются в таких пищевых продуктах, как мясо, масло, яйца, молоко и изделия из него. Способны выделять токсины, которые вызывают повреждение слизистой оболочки кишечника, а также усиливают секрецию в его просвет жидкости и солей.

Источником инфекции для человека чаще являются животные, реже - больные люди. У животных сальмонеллез может протекать как в виде явного заболевания, так и форме бактерионосительства. Внешне животное выглядит совершенно здоровым, но может при этом выделять во внешнюю среду огромное количество сальмонелл с мочой, калом, молоком, носовой слизью и слюной. Наибольшую опасность представляет инфицирование таких домашних животных, как крупный рогатый скот, свиньи, овцы, кошки, собаки (реже). Довольно высока роль птиц, особенно водоплавающих, чьи яйца могут быть заражены сальмонеллами.

Основной путь заражения сальмонелезом - пищевой. Сальмонеллы попадают в организм ребенка преимущественно с пищей, причем чаще всего с молоком и молочными продуктами, мясными студнями и суфле, салатами, яичными продуктами (пирожными), то есть с той пищей, которая не подвергается кулинарной обработке непосредственно перед едой. У детей раннего возраста инфекция распространяется контактно-бытовым способом, а также при вдыхании инфицированной пыли.

Попадая в организм, сальмонеллы и их токсины вызывают различные нарушения во многих внутренних органах, интоксикацию той или иной степени выраженности, а также повреждение слизистой оболочки кишечника. Под влиянием токсинов происходит усиление секреции жидкости и минеральных солей из клеток кишечника в его просвет. В результате развиваются понос и обезвоживание организма. Нарушаются процессы переваривания и всасывания пищи, ферментная недостаточность сохраняется еще 3-4 недели после клинического выздоровления ребенка. Очень часто после сальмонеллеза развивается дисбактериоз - нарушение нормального состава микрофлоры кишечника. В ряде случаев происходит распространение сальмонелл с током крови и лимфы по всему организму, что может приводить к возникновению тифоподобных (у старших детей) и септических форм (у детей раннего возраста) форм заболевания.

Сальмонеллез встречается в течение всего года, но чаще в конце весны и летом, что можно объяснить ухудшением условий хранения пищевых продуктов.

**Признаки и течение заболевания**

У детей старшего возраста (после 3 лет) чаще всего встречается желудочно-кишечная форма сальмонеллеза, протекающая по типу пищевой токсикоинфекции. При этом заболевание может характеризоваться признаками гастрита, гастроэнтерита, гастроэнтероколита. Длительность инкубационного периода при этой форме составляет от нескольких часов до 2-3 дней. Характерно острое начало заболевания с тошнотой и повторной рвотой, температура тела повышается до 38-39°С, отмечается полное отсутствие аппетита, появляются боли в животе. Затем спустя несколько часов возникает жидкий водянистый понос, испражнения обильные, иногда может быть примесь слизи и крови. Частота стула зависит от степени тяжести инфекции. Вскоре присоединяется обезвоживание, заболевание сопровождается выраженным токсикозом (иногда вплоть до судорог).

У детей раннего возраста доминирует контактно-бытовой путь инфицирования, но и у них гастроэнтерит и гастроэнтероколит - самые частые формы заболевания. Начало заболевания менее острое, с максимальным развитием всех признаков к 3-7-му дню заболевания. Температура высокая, отмечаются выраженная вялость и бледность кожи с легкой синюшностью носогубного треугольника. Рвота может начаться с первых часов, но может присоединиться и позже, у некоторых детей она носит упорный характер. Быстро развивается обезвоживание. Характерен стул больных: он жидкий, калового характера и постепенно приобретает темно-зеленую окраску (цвет болотной тины), с примесью слизи, нередко и крови, хотя сохраняется большой объем испражнений.

Грудные дети чаще переносят заболевание в среднетяжелой и тяжелой формах; помимо интоксикации и обезвоживания, у них могут развиться осложнения, связанные с прорывом сальмонелл в кровь и распространением их по всему организму (возможны сальмонеллезная пневмония, остеомиелит, менингит и пр.). У детей с иммунодефицитами отмечается склонность к затяжному течению инфекции с длительным, до 3-4 месяцев, бактериовыделением.

Диагностика сальмонеллеза зависит от выявления типичных признаков заболевания, лабораторного выделения культуры возбудителя, подтверждается данными о массовом характере заражения (при пищевых вспышках в детских учреждениях или семьях) вследствие употребления недоброкачественной или залежалой пищи.

**Лечение сальмонеллеза у детей**

Лечение при сальмонеллезе должно быть строго индивидуальным и назначаться только детским врачом-инфекционистом. Среди сальмонелл большинство видов устойчивы к воздействию антибиотиков, поэтому в обычных случаях для лечения они не применяются. Основная роль принадлежит диете и коррекции обезвоживания, а также выведению токсинов из организма.

Диета должна максимально щадить поврежденный кишечник, поэтому используются только проваренные и протертые продукты и блюда (диета №4). Полностью исключаются цельное молоко и жиры животного происхождения (кроме сливочного масла), овощи, богатые грубоволокнистой клетчаткой. Рекомендуются овсяные и рисовые каши на воде и овощном отваре, вареная рыба, паровые котлеты, фрикадельки, фруктовые кисели, творог, неострые сорта сыра. Диету расширяют постепенно, и при полном клиническом выздоровлении, обычно на 28-30-й день от начала болезни, переходят на привычный рацион питания, который использовался до болезни.

Первой помощью при пищевом пути заражения сальмонеллезом является промывание желудка. Оно призвано удалить из организма хотя бы некоторое количество токсинов и бактерий, что позволит облегчить состояние ребенка и снять симптомы интоксикации. Для промывания используют 2%-ный раствор бикарбоната натрия или воду в количестве 2-3 л с температурой 18-20°С. В легких случаях болезни без признаков обезвоживания промывания желудка бывает достаточно, чтобы вернуть ребенка к обычному состоянию. Конечно, промывание желудка в домашних условиях можно делать только детям старше 3 лет. Техника процедуры всем известна: ребенок выпивает стакан предложенной жидкости, после чего ему надавливают на корень языка пальцем или кончиком ложки (последнее опасно, так как ложкой можно повредить мягкие ткани ротовой полости) и вызывают рвоту. Эту последовательность действий повторяют до тех пор, пока промывные воды не станут совершенно чистыми.

Коррекция обезвоживания проводится путем оральной регидратации, для чего используют приготовленные растворы из порошков «Регидрон», «Оралит», «Глюкосолан». Оральную регидратацию при сальмонеллезе проводят в два этапа. Первый из них направлен на коррекцию уже развившейся потери жидкости и солей и признаков интоксикации и осуществляется в течение первых 2-3 ч после возникновения заболевания. Растворы рекомендуется вводить в количестве от 40 (при легкой форме инфекции) до 70 мл на 1 кг веса ребенка. При выраженной интоксикации, но без признаков обезвоживания растворы следует вводить в количестве 30-40 мл на 1 кг веса (этот объем нужно ввести ребенку в течение суток).

Второй этап оральной регидратации включает в себя коррекцию продолжающихся водно-солевых потерь организма и полную ликвидацию признаков токсикоза. Он продолжается на протяжении первых 2-3 суток заболевания. Объем вводимой жидкости сохраняется в прежнем объеме. Напомним, что растворы следует вводить по 1/2-1 ч. л. каждые 5 мин. Если у ребенка отмечается частая рвота, а потери невозможно компенсировать только оральным введением жидкости, ее вводят дополнительно внутривенным способом.

При развитии распространенных форм инфекции лечение должно осуществляться только в условиях стационара. Помимо перечисленных мер, в таких случаях обязательно использование антибиотиков, причем лучше всего определить чувствительность к ним сальмонелл и выбрать самый эффективный препарат. До этого препаратами выбора являются ампициллин и левомицетин в возрастных дозировках.

При длительном бактерионосительстве на первое место в лечении выходят средства повышения иммунитета и неспецифической резистентности организма. С успехом применяются бактериофаги - биопрепараты, которые убивают (лизируют) определенные бактерии, в данном случае - сальмонеллы. Для нормализации кишечной микрофлоры назначают бификол и бифидумбактерин, а также молочнокислые продукты с бифидобактериями.

кишечный ребенок питание гигиена

**4. Уход за ребенком с инфекционным заболеванием**

Инфекционное заболевание требует от организма ребенка мобилизации всех сил на борьбу с инфекцией. Роль родителей при этом заключается в обеспечении грамотного ухода, питания и двигательного режима, соответствующих как течению инфекционного процесса, так и особенностям детского организма. Рекомендации по режиму и питанию дает детский врач, тогда как уход за ребенком ложится целиком на плечи родителей.

В остром периоде любого инфекционного заболевания необходимо продолжать все гигиенические процедуры, которые проводились до болезни. К ним относятся уход за кожей, слизистыми оболочками полости рта, наружными половыми органами. В зависимости от состояния больного эти процедуры выполняются в обычном режиме либо (если ребенок нуждается в полном покое) при положении в постели. Обязательно ежедневно умывать ребенка. Если он находится на строгом постельном режиме, это должна делать специально обученная медицинская сестра или родители. При этом используется смоченное полотенце или ватные шарики. У детей старшего возраста можно использовать для протирания лица салициловый или борный спирт.

Грамотный уход за полостью рта включает в себя чистку зубов, полоскание рта после каждого приема пищи, удаление налета с языка. В остром периоде у лихорадящего ребенка обработку слизистой рта следует выполнять очень осторожно, поскольку при повышенной температуре отмечаются выраженная сухость языка и недостаточное слюноотделение, что делает процедуру крайне неприятной. Однако она необходима для профилактики стоматитов и сохранения возможности к самостоятельному питанию. Если ребенок слишком мал или не в состоянии самостоятельно ухаживать за полостью рта, следует смочить ватный тампон раствором питьевой соды (1 ч. л. на стакан кипяченой воды) и протереть им жевательную поверхность зубов. Затем другим тампоном, также смоченным в растворе соды, необходимо провести по слизистой оболочке ротовой полости, особое внимание уделив языку. Если на его спинке скапливается налет белого, серого или буроватого цвета, его необходимо тщательно очистить, не забывая соблюдать повышенную осторожность и стараясь не травмировать слизистую оболочку.

При необходимости полосканий, например при ангине, важно следить, чтобы лекарственные растворы или отвары (настои) трав были всегда теплыми, поскольку и холодные, и горячие растворы раздражают поврежденные слизистые оболочки. Полоскания ребенок может выполнять самостоятельно только начиная с 3-4-летнего возраста. Обучать его этому необходимо заранее, а не тогда, когда заболевание уже развилось. При обучении важно объяснить ребенку, что жидкость должна омывать не только ротовую полость, но и достигать задней стенки глотки, для чего он должен уметь задерживать дыхание на несколько секунд.

Уход за наружными половыми органами особенно важен для девочек, поскольку при нарушениях гигиенического режима у них может развиться вульвовагинит. Желательно не реже одного раза в сутки обмывать промежность ребенка кипяченой водой или использовать для этого обычную воду с мылом. Уход за перианальной областью заключается в подмывании ребенка после каждого акта дефекации, последующем обсушивании кожи полотенцем (салфеткой) и смазывании ее «Детским кремом». Особенно важно делать это при кишечных инфекциях с частым и жидким стулом, поскольку частицы кала, оставаясь на коже вокруг анального отверстия, раздражают ее, вызывая трещины и опрелости.

В уходе за грудным ребенком при острых инфекционных заболеваниях следует ориентироваться, прежде всего, на состояние младенца. Если малыш активно сосет грудное молоко, у него нет температуры, а имеется лишь небольшая заложенность носа (при ОРВИ), то никаких корректив в обычный порядок ухода за ним вносить не требуется. Можно продолжать даже ежедневные купания. Конечно, если ребенок плохо сосет, проявляет беспокойство, если у него высокая температура, нужно создать для него максимально щадящий режим. О его особенностях в каждом конкретном случае должен сообщить лечащий врач-педиатр.

Для ребенка постарше важным является вопрос о соблюдении постельного режима. Обычно двигательный режим при инфекционных заболеваниях определяет врач. В большинстве случаев режим зависит от состояния заболевшего. Обычно в остром периоде при высокой температуре ребенку лучше соблюдать покой и находиться в постели. Нужно занять его какой-либо спокойной игрой, почитать ему вслух или рассказать сказку. Если лихорадка не превышает 2-3 дней, можно позволять ребенку вставать с постели и двигаться в спокойном темпе. При респираторных инфекциях это даже необходимо для профилактики застойных явлений в легких и такого осложнения, как пневмония.

В лихорадочном периоде заболевания важно регулярно измерять температуру ребенка. Обычно для этого используется ртутный максимальный термометр. Максимальным он называется потому, что при нагревании ртутный столбик поднимается до соответствующего деления и больше не опускается, даже если переместить его в более холодную среду. Поэтому, прежде чем поставить градусник, необходимо стряхнуть его так, чтобы ртуть располагалась на уровне не выше 36°С.

На протяжении всего заболевания важно обеспечить ребенку полноценные сон и отдых. Обычно ребенок сам предпочитает большую часть времени проводить во сне ил и в полудреме, однако при ряде инфекций изматывающая лихорадка может приводить к нарушению сна. В таких случаях необходимо посоветоваться с врачом, возможно, потребуется назначить дополнительные лекарственные средства.

**5. Лечебное питание детей при кишечных инфекциях**

Лечебное питание при кишечных инфекциях занимает особое место. Очень важно обеспечить поступление в организм всех важнейших пищевых веществ и при этом создать для пораженного кишечника максимально щадящие условия работы.

В остром периоде болезни рекомендуемые прежде водно-чайные паузы более не используются. Научными исследованиями установлено, что даже при тяжелых формах кишечных инфекций большая часть кишечника сохраняет все свои функциональные возможности. При этом голодные диеты вызывают снижение защитных сил детского организма и приводят к более значительной утрате важнейшего для ребенка белка. Качество и количество пищи зависят от возраста ребенка, характера предыдущей диеты, степени тяжести заболевания и индивидуальных особенностей его организма.

При легком течении инфекции целесообразно придерживаться обычной возрастной диеты с некоторыми ограничениями, которые касаются преимущественно тех продуктов и блюд, которые вызывают сильное раздражение пищеварительной системы. Дети в возрасте до года получают материнское молоко или молочные смеси, количество которых уменьшается только в соответствии с аппетитом ребенка (примерно на 15-20%). Такое ограничение сохраняется на протяжении 3-4 дней, после чего обычный объем питания восстанавливается.

Оптимальным продуктом питания ребенка грудного возраста является материнское молоко. Помимо идеального соответствия потребностям детского организма по всем пищевым ингредиентам, в женском молоке содержатся и защитные факторы, предохраняющие от инфекции. Прежде всего, это иммуноглобулины - антитела к возбудителям различных инфекционных заболеваний, лактоферрин и лизоцим, способствующие развитию нормальной микрофлоры кишечника и полости рта, а также специфический бифидум-фактор, стимулирующий развитие бифидобактерий кишечника и предотвращающий тем самым явления дисбактериоза. Следует отметить и наличие антистафилококкового фактора, который подавляет рост патогенных стафилококков.

При среднетяжелых и тяжелых вариантах течения кишечных инфекций целесообразно уменьшить объем грудного молока (или молочной смеси) на 30-50%, но на срок не более 7 дней. При этом количество кормлений должно быть увеличено до 6-8 раз в сутки (в зависимости от возраста ребенка) с постепенным восстановлением объема пищи. Ориентироваться при этом надо на самочувствие и аппетит ребенка.

Дети старше годовалого возраста должны получать пищу, которая обеспечивает максимальное механическое, химическое и термическое щажённые пораженного кишечника, то есть только в протертом, проваренном и теплом виде. Объем питания сокращается в зависимости от степени тяжести инфекционного процесса таким же образом, как и у грудных детей. Из питания исключают продукты, усиливающие перистальтику и бродильные процессы в кишечнике. К ним относятся молоко, свежие соки, пряности, плавленый сыр, продукты, содержащие большое количество растительной клетчатки (капуста, свекла, репа, шпинат, щавель и пр.), соленья, копчености.

В меню разрешается включать следующие продукты и блюда:

 Хлебные изделия - сухари из белого хлеба (есть их следует только размоченными в чае или другой жидкости).

 Молочные продукты - кефир трехдневный; кисломолочные напитки, содержащие бифидобактерии; творог свежий, протертый; сметана нежирная в небольшом количестве.

 Жиры - сливочное масло в ограниченном количестве.

 Яйца - разрешается добавлять в кулинарные изделия не больше 1/2 яйца в день.

 Супы из рисовой муки и манной крупы с добавлением обезжиренного мясного бульона, с мясными фрикадельками или яичными хлопьями.

 Мясо, рыба - изделия из котлетного фарша (нежирная говядина, телятина, птица, рыба), отваренные в воде или на пару; вместо хлеба в фарш кладут вареный протертый рис.

 Крупы, макаронные изделия - протертые полужидкие каши на воде или слабом обезжиренном мясном бульоне из манной крупы, молотого риса и других круп с маслом.

 Фрукты, ягоды, сладкие блюда - кисели и желе из соков свежих фруктов и ягод, из отвара сушеной черники, черной смородины; чай; сахар, варенье, мед в ограниченном количестве при желании ребенка.

 Соусы - слабый обезжиренный бульон, сливочное масло.

 Витамины - отвар из плодов шиповника, черной смородины.

Солить пищу следует умеренно. Прием пищи - через каждые 2,5-3 ч. Одним из чрезвычайно полезных при кишечных инфекциях блюд, которое дети едят всегда охотно, является яблочное пюре. Его можно давать и детям до года (если оно уже введено как блюдо прикорма), и детям более старшего возраста. Яблоки богаты пектином, особенность которого состоит в том, что он способен связывать воду и набухать. Соприкасаясь со стенкой кишечника, пектин вбирает в себя остатки непереваренных пищевых масс и бактерии, а также слизь. В результате в кишечнике возникают более благоприятные условия для переваривания и всасывания вновь поступающей пищи, она лучше усваивается организмом. Кроме того, в кислой среде от пектина легко отщепляется кальций, который способствует скорейшей нормализации кишечной функции.

Помимо пектина, яблоки содержат дубильные вещества, которые обладают вяжущим действием, органические кислоты, губительно влияющие на бактерии, достаточное - количество жидкости, витаминов (витамины С, 1 В, 2 В, каротин, никотиновая кислота). Однако более старшим детям лучше давать их в запеченном виде либо, если аппетит у ребенка совсем отсутствует, нужно давать ему настой - яблочной кожуры, обладающей тем же эффектом. Для этого кожуру одного яблока снимают тонким слоем, кладут в стакан и заливают ее кипятком. Настаивают до остывания, после чего ребенок может его пить.

**6. Дополнительные рекомендации по питанию детей с кишечной инфекцией**

При значительной частоте стула можно давать ребенку по способу старых врачей лимонный сок, растворенный в горячей воде с добавлением небольшого количества сахара (1 ч. л. лимонного сока на полстакана воды и 1/2 ч. л. сахара). Детям до года можно давать его в том случае, если нет аллергии на цитрусовые - по 1 ч. л. в возрасте старше 3 месяцев. В ряде случаев (при отсутствии свежих лимонов) можно заменить сок на лимонную кислоту, однако здесь важно не переборщить, потому что кислота может вызвать изменение кислотно-щелочного равновесия в кислую сторону.

Хотя коровье молоко при кишечных расстройствах полностью исключают из диеты, однако кисломолочные продукты следует использовать обязательно, поскольку они являются и источником белка и содержат молочнокислые бактерии, уровень которых при кишечных инфекциях резко снижается. С целью профилактики кишечного дисбактериоза кисломолочные продукты необходимо всегда давать детям, получающим массивную противомикробную терапию. Кроме того, важно следить за тем, какой именно продукт используется в питании заболевшего ребенка, поскольку, например, двухдневный кефир вызывает послабление стула, а трехдневный, наоборот, закрепляет его. Очень полезны кисломолочные продукты, в состав которых входят бифидобактерии. Они вытесняют бактерии-возбудители кишечной инфекции и занимают свое место в сообществе бактерий-сапрофитов.

В период улучшения и дальнейшего выздоровления нужно стремиться как можно скорее вернуться к физиологической возрастной диете, стараясь исключить пищу, которая усиливается перистальтику и бродильные процессы в кишечнике (цельное молоко, ржаной хлеб, сырые овощи, кислые фрукты и ягоды). Однако довольно часто, особенно после перенесенной дизентерии и сальмонеллеза, может наблюдаться длительное сохранение учащенного жидкого стула, что связывают с различными нарушениями в пищеварительной системе детского организма. Наиболее часто встречаются изменения в переваривании жиров (функциональные нарушения в поджелудочной железе), нарушения всасывания углеводов (лактозная недостаточность), вторичная пищевая аллергия.

В случае нарушения переваривания жиров, которое можно с легкостью определить по наличию обильного блестящего зловонного стула серо-зеленого цвета, необходимо в первую очередь снизить количество пищевых жиров, поступающих в организм ребенка. Детям до года назначают специальные обезжиренные смеси: раболакт, содержащий 2 3/5 г белка, 10 г углеводов и только 1 1/2 г жира; смеси с низкомолекулярными жирами-триглицеридами, которые легко усваиваются (Alimentum, Рге-gestimil, Pepti-Junior, ацидолакт-3). В ряде случаев можно заменить часть молочных смесей специализированными низкожировыми продуктами (Энпит обезжиренный, «Унипит-ДУ»). Детям старше года назначают стол № 5п (панкреатический), из которого, помимо обычных для диеты №5 ограничений, исключаются животные масла, свежая выпечка, сырые фрукты (разрешаются печеные яблоки) и концентрированные фруктовые соки.

При нарушении всасывания углеводов (у детей до года, как правило, лактозы - молочного сахара) чаще всего отмечаются беспокойство во время кормления, частые срыгивания, плохая прибавка в массе, вздутие живота. При этом наблюдается обильный пенистый стул с кислым запахом после каждого кормления. Нередко у членов семьи такого ребенка имеется непереносимость молока. Это связано с наследственной недостаточностью фермента лактозы, ответственного за переваривание именно молочного сахара. Кишечная инфекция переводит скрытую недостаточность в явную. Таким детям рекомендуется ограничение сладких молочных смесей, преимущественное использование низколактозных или безмолочных соевых смесей (сухая низколактозная смесь «Малютка», Алактозит-Н, Cosilat, Bebelak-Fl, фиталакт, Prosoyal, нутрилон низколактозный) либо кисломолочных смесей.

В дальнейшем при введении прикорма (если он еще не введен) используют безмолочные каши (на рисовом или овощном отварах), овощное пюре на воде с растительным или сливочным маслом, отмытый от сыворотки творог, мясное пюре. Нельзя давать ребенку грубую, усиливающую перистальтику кишечника пищу (сырые овощи) и сладкие фруктовые соки, увеличивающие газообразование. Длительность соблюдения такой диеты всегда должна быть индивидуальной - в зависимости от самочувствия ребенка и функциональных возможностей его желудочно-кишечного тракта (от 1 1/2 до 6 месяцев).

Наконец, третьей причиной длительного нарушения стула у ребенка, перенесшего кишечную инфекцию, может быть аллергизация его организма белками коровьего молока, реже - куриными яйцами и растительными белками злаковых. У ребенка до года такое состояние характеризуется беспокойством при кормлении, частыми срыгиваниями и вздутием живота после него, жидким стулом с примесью мутной слизи и даже крови. Ребенок перестает прибавлять в весе, в его крови циркулируют антитела к пищевым аллергенам. Чтобы установить причину аллергии, последовательно исключают из питания ребенка все возможные аллергопровоцирующие продукты. Сначала удаляют коровье молоко и заменяют его по тем же принципам, что и при недостаточности фермента лактозы. Для прикорма используют протертые каши на овощном отваре (рисовую, гречневую, овсяную), фруктовые и овощные пюре; уже с 3-х месяцев в этом случае можно вводить ребенку мясное пюре, используя нежирные сорта мяса (кролик, телятина, курица).

Детям в возрасте старше года также необходимо удалить из питания все облигатные аллергены (т. е. вещества, которые вызывают пищевую аллергию у большинства людей): орехи, цитрусовые, шоколад, какао, кофе, все красные и оранжевые фрукты и овощи (в том числе морковь и свеклу), рыбу и морепродукты. Необходимость в такой диете может сохраняться длительное время - от 3 месяцев до 1 года - и устанавливается в каждом случае индивидуально по рекомендации врача.

**Заключение**

Продукты питания и вода, потребляемые человеком, весьма далеки от стерильности. Миллиарды самых разнообразных бактерий ежедневно и ежечасно попадают к нам в организм, и совершенно ничего страшного от этого не происходит - уж слишком много способов нейтрализации микробов выдумала природа. Обладающая бактерицидными свойствами слюна, ядовитый желудочный сок, множество своих, "хороших" бактерий в кишечнике - все это не дает чужакам возможности прижиться и сделать свое черное дело.

Тем не менее, человека, ни разу не болевшего кишечной инфекцией просто не существует. Не существует хотя бы потому, что имеется множество способов нейтрализации всех многочисленных защитных сил - глотать, не пережевывая, чтобы слюна не успела до микробов добраться, переедать, нейтрализовывать щелочными напитками кислый желудочный сок, убивать собственных микробов антибиотиками и т.д.

Но самой наиглавнейшей причиной кишечных инфекций было, есть и будет несоблюдение элементарных гигиенических норм - неправильное хранение пищевых продуктов, немытые руки, снующие между обеденным столом и туалетом мухи. В конце концов, какими бы замечательными защитными силами человеческий организм не обладал, всегда найдется количество микробов, нейтрализовать которое просто невозможно.

Всегда следует помнить, что наиболее страшным и опасным последствием любого поноса является потеря организмом жидкости и солей. Без пищи человеческий организм более-менее благополучно может просуществовать пару недель, но без адекватного обеспечения водой и солями калия, натрия и кальция счет может пойти на часы. Запасы воды и солей особенно невелики в организме ребенка и именно для детей кишечные инфекции представляют собой реальную угрозу здоровью и жизни.

Таким образом, истинная тяжесть кишечной инфекции зачастую определяется не частотой стула, не запахом и цветом испражнений, а именно степенью обезвоживания.

**Список использованной литературы:**

1. Руководство по инфекционным болезням у детей. Н.И. Нисевич, М.1980.

2. Антибактериальная терапия при детских инфекциях. Е.И. Васюнин, Е.И. Краснова. М.,2007.

. Педиатрия с детскими инфекциями. Н. Соколова, В. Тульчинская, М.,2006.

. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. В.Н. Тимченко, В.В. Леванович, И.Б. Михайлов, М.,2010.

. Детские инфекции. Профилактика и лечение. В. Краснов, 2007.

. Избранные лекции по детским инфекционным заболеваниям. В.А. Кельцев, Е.С. Гасилина, 2004.