***Дизентерия - признаки, симптомы,***

 ***лечение дизентерии у детей***

 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.

Природа, развитие и распространение инфекции

    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 оральную регидратацию. 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.

*Будьте здоровы!*

**Сальмонеллез**

Сальмонеллез – это инфекционная болезнь, которая вызывается различными видами бактерий рода Salmonella. Сальмонеллез отличается многообразием клинических проявлений и может иметь как бессимптомные, так и тяжелейшие септические формы. В большинстве случаев сальмонеллез у детей и взрослых приводит к поражению органов пищеварительного тракта, которые нередко осложняются токсическим и дегидратационным шоком.

На данный момент исследователям известно более 2000 серотипов сальмонелл. В основном источниками сальмонеллеза являются домашние птицы и животные, однако, в качестве носителя может выступать и человек. Чаще всего сальмонеллез, симптомы которого проявляются после употребления зараженной пищи, развивается вследствие неправильной кулинарной обработки продуктов питания. В особую группу риска попадают: мясо млекопитающих и птиц, рыба, яйца, молоко, творог, сметана. **Заразиться сальмонеллезом можно и при употреблении некачественной воды** из открытых водоемов или городского водопровода.

При попадании в организм сальмонеллы быстро преодолевают защитные барьеры желудка и внедряются в слизистую оболочку тонкой кишки. При этом их деятельность сопровождается интенсивным выделением токсинов, которые и обуславливают основные признаки сальмонеллеза.

**Симптомы сальмонеллеза, формы и клиническая картина заболевания**

Инкубационный период инфекции колеблется от несколько часов до 2-3 суток. Возможно развитие внутрибольничных вспышек, когда болезнь передается бытовым путем. В этом случае **симптомы сальмонеллеза проявляются обычно через 3-8 дней**. Кратко рассмотрим основные клинические формы заболевания сальмонеллезом.

*Гастроинтестинальная форма* – является наиболее распространенной и диагностируется у 96-98% пациентов, обращающихся в медицинские учреждения с подозрением на сальмонеллез. Последствия данного типа инфекции зависят от тяжести заболевания и выраженности клинических симптомов сальмонеллеза, к числу которых относятся:

* общая сладость;
* головная боль;
* повышение температуры тела до 40 градусов и выше;
* тошнота, рвота;
* боли в пупочной области;
* расстройства стула.

Симптомы сальмонеллеза, свидетельствующие об изменениях со стороны желудочно-кишечного тракта, проявляются через 2-3 суток от начала заболевания. В первые дни больной чувствует лишь небольшую интоксикацию и лихорадку. **При легкой форме сальмонеллеза симптомы выражены довольно слабо**, и пациент практически не ощущает неприятных последствий инфекции. Совершенно иная картина наблюдается в тех случаях, когда развивается тяжелый гастроинтестинальный сальмонеллез, лечение которого проводится только в условиях стационара. При такой форме сальмонеллеза больные страдают от:

* высокой температуры и лихорадки, длящейся более 5 дней;
* выраженной интоксикации;
* зловонного, водянистого стула (10 раз в день и более), иногда с примесью слизи;
* цианоза кожи;
* значительного падения АД;
* тахикардии;
* увеличения печени и селезенки;
* изменений со стороны почек (альбуминурия, олигурия, высокое содержание азота;
* острой почечной недостаточности.

При отсутствии лечения сальмонеллез у детей и взрослых приводит к значительным нарушениям водно-солевого обмена, обезвоживанию II-III степени. В таком состоянии у больных наблюдаются судороги, сухость кожи, цианоз, афония. Нередко потеря жидкости достигает 10-12% массы тела, что вызывает многочисленные нарушения в работе основных систем организма. Наиболее частый клинический вариант гастроинтестинальной формы – гастроэнтерический сальмонеллез, последствия которого проявляются в виде деструктивных изменений толстой кишки и колитов.

*Тифоподобная форма сальмонеллеза* – начинается остро, проявляется кишечными расстройствами уже в первые дни после начала заболевания, однако, через несколько суток кишечные дисфункции проходят. Тем не менее, температура больного остается стабильно высокой. Также у пациентов наблюдаются: апатия, заторможенность, бледность кожных покровов, герпетическая и розеолезная сыпь. В некоторых случаях тифоподобный сальмонеллез приводит к брадикардии, понижению артериального давления, приглушению тонов сердца. **Признаки сальмонеллеза, свидетельствующие о поражении печени и селезенки, проявляются к концу 1-й недели.**

*Септический сальмонеллез* – симптомы данной формы выражены очень сильно и представляют опасность для жизни пациента. Заболевание начинается с сильной лихорадки, и в дальнейшем состояние больных постоянно ухудшается. У пациентов проявляются следующие признаки сальмонеллеза:

* обильное потоотделение;
* значительные суточные колебания температуры тела;
* сильный озноб;
* формирование гнойных очагов в опорно-двигательном аппарате;
* эндокардиты и аортиты с последующим развитием [аневризмы](http://www.neboleem.net/anevrizma.php);
* [тонзиллиты](http://www.neboleem.net/tonzillit.php), появление холецисто-холангитов.

Септическая форма приводит и к другим серьезным последствиям: [менингиту](http://www.neboleem.net/meningit.php) (чаще всего так проявляется сальмонеллез у детей), абсцессу печени, инфицированию яичников, абсцессу ягодичной области. Заболевания характеризуется длительным течением и может закончиться летально, поэтому **при любых подозрениях на сальмонеллез, лечение следует начинать как можно скорее** после обязательной консультации со специалистами медицинских учреждений.

Профилактика и лечение сальмонеллеза

Больным с тяжелыми и средне-тяжелыми формами сальмонеллеза показано стационарное лечение.

Заметим также, что **сальмонеллез, лечение которого проводилось правильно, не приводит к тяжелым последствиям**, поэтому при появлении любых неприятных симптомов вы должны немедленно обратиться к врачу для проведения анализов и постановки точного диагноза.

Профилактика сальмонеллеза направлена на предупреждение распространения возбудителей среди домашних животных и птиц, соблюдение санитарного режима на предприятиях общественного питания и пищевой промышленности, правильную тепловую обработку продуктов перед их употреблением в пищу.

**Ветрянка (ветряная оспа)** — высокозаразное острое инфекционное заболевание, протекающее с характерной пузырьковой сыпью. Чаще болеют дети, посещающие детский сад или школу — места с большим скоплением людей.

Заболевание вызывается одним из вирусов герпеса. Ветряная оспа — очень заразное заболевание. Вирус передается от больного человека к здоровому воздушно-капельным путем (при разговоре, пребывании в одном небольшом помещении). Заражение также может произойти от больного опоясывающим лишаем (вызывается той же разновидностью вируса герпеса).

Больной ветрянкой становится заразным за два дня до появления высыпаний, и остается заразным в течение первых 5-7 дней после появления сыпи.

Инкубационный период ветрянки 7-21 день. В организм человека вирус попадает через слизистые оболочки носа, рта и глотки. Затем вирус разносится по организму лимфой и кровью, проникает в кожу и слизистые оболочки, где происходит его размножение.

**Что происходит?**

Ветрянка начинается с повышения температуры до 380С, слабости.

На коже лица, волосистой части головы, туловище, слизистых оболочках (во рту, на половых органах) появляются красные пятна размерами до 5-7 мм. Спустя несколько часов на их месте образуются волдыри, а затем — маленькие, точечные пузырьки с прозрачным содержимым. Через один-два дня они покрываются корочками, которые, отпадая, не оставляют следа.

Появление новых высыпаний (в течение 3-8 суток) и трансформация отдельных элементов сыпи происходят одновременно — поэтому на одном участке кожи можно видеть и пятна, и волдыри, и пузырьки, и корочки.

Сыпь сопровождается сильным зудом. При каждом новом высыпании отмечается подъем температуры тела, нарушается самочувствие ребенка. Расчесывание высыпаний и сдирание корочек может привести к попаданию инфекции в ранки и их нагноению.



**Осложнения**

Осложнения ветрянки встречаются редко и чаще всего связаны с неаккуратной обработкой высыпаний и их нагноением, что впоследствии приводит к образованию рубцов.

Крайне редко у ослабленных детей встречаются тяжелые формы ветрянки с поражением головного мозга, внутренних органов. Подобные формы болезни лечат в больницах, применяя специальные терапевтические методы.

**Диагностика и лечение**

Диагноз устанавливается врачом при наличии сведений о контакте с больным ветрянкой и на основании клинической картины (характерной сыпи и общего состояния).

Лечение ветрянки проводят в домашних условиях. Цель лечения — не допустить нагноения пузырьков. Для этого отлично подойдет зелёнка, можно использовать жидкость Кастеллани, водный раствор фукорцина или марганцовки и т.д. Спиртовые растворы дети переносят очень болезненно.

С первого дня болезни необходимо купать ребенка, добавляя в ванночку слабый раствор марганцовки. Создайте коже малыша максимально комфортные условия: не одевайте плотную и тесную одежду, используйте только хлопчатобумажное белье.

Если вашего ребенка беспокоит сильный зуд, скажите об этом врачу: он назначит противоаллергические средства.

При повышении температуры выше 380С, ознобе, ребенку необходимо дать жаропонижающие средства (парацетомол, ибупрофен).

Заболевшего ветрянкой изолируют дома в течение девяти дней с начала болезни. В детских дошкольных учреждениях устанавливается карантин продолжительностью 21 день.

**Профилактика**

Вакцина в достаточной степени предохраняет от ветрянки и ее осложнений. Ее рекомендуют  проводить детям в возрасте 12 месяцев и старше, а также подросткам и взрослым, ранее не болевшим ветрянкой и не получивших вакцинацию. Вакцина защищает от заболевания на 10 и более лет. В редких случаях люди, получившие вакцинацию против ветрянки, могут заболеть ветрянкой, но заболевание будет протекать в легкой форме.

Стоит отметить, что некоторым люди с ослабленной иммунной системой (в результате болезни или приема лекарств, влияющих на иммунитет) не стоит вакцинироваться, поскольку у них возможно развитие осложнений. Поэтому прежде чем получать вакцину против ветрянки пациенту с ослабленной иммунной системой, следует проконсультироваться с врачом.

**Личная гигиена детей дошкольного возраста.**

Общеизвестно, что здоровье человека закладывается в детстве. Организм ребенка очень пластичен, он гораздо чувствительнее к воздействиям внешней среды, чем организм взрослого от того, каковы эти воздействия — благоприятные или нет, зависит, как сложится его здоровье.

     Большое значение в охране и укреплении здоровья ребенка принадлежит его гигиеническому обучению и воспитанию.

**Гигиеническое воспитание**— это часть общего воспитания, а гигиенические навыки — это неотъемлемая часть культурного поведения. Глубоко не правы те, кто считает, что сообщение детям гигиенических знаний и привитие им гигиенических навыков является делом медицинских работников. Это кровное дело родителей, тем более что грань отделяющая навыки гигиенического поведения от элементарных правил общежития, настолько неопределенна, что ее можно считать несуществующей.

     Приходить в детский сад с чистыми руками — это гигиеническое или общекультурное правило? Закрывать рот носовым платком при кашле? Не приходить в детский сад  больным? Все эти правила и обосновывающие их знания должны войти в сознание детей путем внушения, систематического воспитания и это должны делать в первую очередь родители.

     Большое значение в профилактике различных заболеваний принадлежит личной гигиене. Личная гигиена — это уход за своим телом и содержание его в чистоте. Кожа защищает тело человека от болезней. Когда ребенок бегает, прыгает и ему становится жарко, то на его коже появляются капельки пота. Кроме того, на коже есть тонкий слой жира, кожного сала. Если кожу долго не мыть, то на ней накапливается жир и пот, на которых задерживаются частицы пыли. От этого кожа становится грязной, грубой и перестает защищать тело.

     Грязная кожа может принести вред здоровью и, кроме того, грязные, неряшливые люди всегда неприятны всем окружающим. Поэтому кожу нужно мыть и за ней необходимо ухаживать.

Каждое утро все дети должны умываться: мыть лицо, руки, шею, уши. Умываться также нужно после прогулок и вечером.

1.     К умыванию нужно подготовить мыло, полотенце и если нет крана и умывальника, то кувшин с водой и таз;

2.     Полотенце следует повесить на вешалку или гвоздик, а не накидывать себе на шею или плечи, т.к. на полотенце при умывании попадут брызги, и оно будет мокрым и грязным;

3.     Умываться лучше всего раздетым до пояса или в трусиках и майке;

4.     Сначала надо хорошо вымыть руки с мылом под струей воды из-под крана или кувшина, но не в тазу. Руки следует намыливать один-два раза с обеих сторон и между пальцами, хорошо смыть мыльную пену, проверить чистоту ногтей;

5. Затем уже чистыми руками мыть лицо, шею, уши.
После умывания следует вытереться насухо чистым, сухим полотенцем. У каждого ребенка должно быть свое полотенце.

Если полотенце, после того как им вытирались, остается чистым, значит, ребенок умылся хорошо.

     Ребенок в 4 года должен научиться самостоятельно мыть лицо, уши, верхнюю часть груди и руки до локтя, а с 5 - 7-летнего возраста — обтираться до пояса. После умывания следует помочь ему хорошенько растереться полотенцем до ощущения приятной теплоты.

     Перед сном необходимо мыть ноги потому, что на ногах особенно сильно потеет кожа и накапливается грязь. Редкое мытье ног, ношение грязных носков, чулок способствует появлению опрелостей и потертостей, а также предрасполагает к грибковым заболеваниям. По этой причине не рекомендуется надевать и мерить чужую обувь. В бане, бассейне, на пляже нужно надевать специальные тапочки.

     После мытья ноги нужно тщательно вытирать специальным полотенцем. Чулки и носки менять не реже, чем через день. Дома переодевать домашние туфли или тапочки.

     Требуют также ухода ногти на пальцах рук и ног. Один раз в 2 недели их необходимо аккуратно подстригать потому, что под длинными ногтями обычно скапливается грязь, удалить которую трудно. Кроме того, такими ногтями можно поцарапать кожу себе и окружающим. Грязные ногти — признак неаккуратного, неряшливого человека, который не соблюдает правил личной гигиены. **Ни в коем случае ногти нельзя грызть!**

     Особенно важно следить за чистотой рук. Ребенку нужно объяснить, что руками он берет различные предметы: карандаши, ручки, книги, тетради, мячи, игрушки, гладит животных (кошек, собак), берется за дверные ручки, притрагивается к различным предметам (ручкам, цепочкам, крючкам и т.д.) в туалетных комнатах. На всех этих предметах есть грязь, часто невидимая глазом и она остается на коже пальцев. Если брать немытыми руками продукты питания (хлеб, яблоки, конфеты и т.д.), то эта грязь попадает сначала в рот, а потом в организм. С грязью передаются различные болезни от больного человека здоровому. Поэтому нужно мыть руки перед едой, после посещения туалета, после всякого загрязнения (уборка комнаты, работа в огороде, игра с животными и т.д.) и перед сном. Совершенно недопустимо брать пальцы в рот.

     Каждый ребенок должен следить за чистотой зубов и ухаживать за ними, ибо зубы влияют на здоровье, настроение, мимику и поведение человека. Приятно видеть, как преображают человека красивые зубы и, наоборот, неприятное впечатление оставляет человек с гнилыми зубами. Приучите чистить зубы утром и обязательно вечером перед сном.

     С раннего детства необходимо приучать ребенка обязательно пользоваться носовым платком. Он должен знать, что, кашляя и чихая из носоглотки, выделяется большое количество микробов и если не пользоваться платком, то с брызгами происходит заражение окружающих. Кроме того, если у ребенка нет носового платка, он втягивает в себя отделяемое из носа и проглатывает, что крайне вредно.

     Ребенок должен иметь отдельный платок для носа и отдельный для глаз (особенно во время простуды), во избежание попадания инфекции из носа на глаза и наоборот.

     Платки должны быть чистыми. Менять их необходимо ежедневно, даже если они не использованы. Вытирать рот, лицо или перевязывать царапину нужно только чистым платком.

     Большое значение имеет личный пример взрослых, которым дети обычно подражают и уважительное отношение к ним.

     Дети должны иметь возможность обращаться за разъяснениями при возникновении каких-либо вопросов к близким взрослым. Для этого необходимы дружба и откровенность с родителями.

     Дети хорошо слушают рассказы, стихотворения, смотрят картинки, диапозитивы, плакаты, с большим интересом воспринимают детские фильмы, постановки кукольного театра на гигиенические темы. Разнообразные игры, особенно с куклами, помогают воспитанию гигиенических навыков. Этому способствует и посильная помощь взрослым по хозяйству.

     Только при повседневном гигиеническом воспитании и контроле можно добиться формирования и закрепления у ребенка полезных навыков, т.е. перехода их в стойкие привычки. Многие навыки прививаются с трудом, и требуется немало усилий и терпения от родителей и педагогов, чтобы они стали привычками.



**Памятка для родителей: "Осторожно, клещи!"**

        Переносчиками возбудителей природно-очаговых инфекций являются клещи.

  Активны клещи с самой ранней весны до первых неустойчивых заморозков, менее активны в жаркий период лета. Возбудителя заболеваний клещи получают от грызунов, диких животных и птиц кровью которых они питаются.

      Выезжая отдыхать в загородную зону необходимо помнить, что среди кустарников, деревьев и сухостоя, прошлогодних листьев обитают кровососущие членистоногие - клещи. Попадая на животное или человека, клещи довольно долго, иногда часами ищут место присасывания. Сам укус их безболезнен.

**Следует знать некоторые правила безопасного посещения природы:**

-  подбирая места кратковременного отдыха, хорошо осмотрите его;

-  проводя само- и взаимоосмотр вы обезопасите себя и своих близких от контакта с клещами;

-  по возвращении домой необходимо сменить одежду и осмотреть вещи;

-  следует знать, что клещей в дом можно занести с одеждой, цветами, ветками;

- клещи могут быть занесены в помещения и частные подворья собаками и кошками;

-  контакт с клещом может произойти и при уходе за домашними животными.

     Если вас укусил клещ, его нельзя срывать с места укуса, т.к. в месте укуса может остаться хоботок и произойдёт нагноение. Клеща необходимо снимать в медицинских перчатках, захватив его большим и указательным пальцем как можно ближе к коже, или следует обратиться в поликлинику, травмпункт по месту жительства для снятия и дальнейшего наблюдения. Ранку после удаления клеща следует обработать йодом.

     Необходимо проводить термометрию в течении 5 дней в случае повышения температуры немедленно обращайтесь к врачу.

      С целью защиты от нападения клещей необходимо применять специальные репелленты, отпугивающие клещей, имеющиеся в торговой сети (Антиклещ, Дета, Акреп и др.)

**Профилактика энтеровирусной инфекции.**

Энтеровирусные инфекции (ЭВИ) представляют собой группу инфекционных заболеваний, развивающихся при поражении человека вирусами рода Enterovirus, характеризующихся многообразием клинических проявлений.

   Энтеровирусы устойчивы во внешней среде: хорошо переносят низкие температуры (в условиях холодильника они сохраняются в течение нескольких недель), в водопроводной воде выживают до 18 дней, в речной воде - около месяца, в очищенных сточных водах - до двух месяцев, на предметах обихода, продуктах питания (молоко, фрукты, овощи). Вирус быстро погибает при прогревании, кипячении, при воздействии хлорсодержащих препаратов, ультрафиолетового облучения.

   Источником инфекции является человек (больной или носитель). Инкубационный период составляет в среднем от 1 до 10 дней, но максимальный до 21 дня. Среди заболевших ЭВИ преобладают дети.

   Передача ЭВИ осуществляется при реализации фекально-орального механизма (водным, пищевым и контактно-бытовым путями) и аэрозольного механизма (воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями).

   Чаще всего заражение происходит при употреблении в пищу загрязненных вирусами овощей. Вирусы попадают на овощи и фрукты при удобрении необеззараженными сточными водами. Некоторые энтеровирусы выделяются с секретом слизистых оболочек дыхательных путей, что может способствовать реализации аэрозольного механизма передачи. Отмечаются случаи заражения контактно-бытовым путем (загрязненные руки, предметы быта, личной гигиены). В случае заражения энтеровирусной инфекцией беременной женщины возможна вертикальная передача возбудителя ребенку.

   Заражение происходит через воду, продукты питания, а также испражнения больного, через мельчайшие капельки слюны и мокроты при кашле и чихании. Очень часто заражение происходит при купании в открытых водоемах.

   Причиной формирования локальных очагов с групповой заболеваемостью может являться занос инфекции в учреждение, на территорию и возможность ее распространения в условиях несоблюдения требований санитарного законодательства как по условиям размещения, так и по состоянию систем водопользования и организации питания.

   Эпидемиологическую значимость представляет вода открытых водоемов, загрязненная сточными водами, как в качестве источников питьевого водоснабжения, так и используемая в качестве рекреационных зон для купания населения.

   ЭВИ характеризуются разнообразием клинических проявлений и множественными поражениями органов и систем: серозный менингит, геморрагический конъюнктивит, увеит, синдром острого вялого паралича (ОВП), заболевания с респираторным синдромом и другие.

   Наибольшую опасность представляют тяжелые клинические формы с поражением нервной системы.

**Меры неспецифической профилактики:**

·         для питья использовать только кипяченую или бутилированную воду;

·         мыть руки с мылом перед каждым приемом пищи и после каждого посещения туалета, строго соблюдать правила личной и общественной гигиены;

·         обеспечить индивидуальный набор посуды для каждого члена семьи, особенно для детей;

·         перед употреблением фруктов, овощей, их необходимо тщательно мыть с применением щетки и последующим ополаскиванием кипятком;

·         употреблять в пищу доброкачественные продукты, не приобретать у частных лиц, в неустановленных для торговли местах.

·         купаться только в официально разрешенных местах, при купании стараться не заглатывать вод;

·         проветривать помещения, проводить влажные уборки желательно с применением дезинфицирующих средств;

   На период эпидемического неблагополучия следует избегать мест массового скопления людей, мест массовых мероприятий, в т.ч. мест массового купания в открытых и искусственных водоемах (фонтаны и другие), чаще бывать на свежем воздухе.

   При контакте с больным энтеровирусной инфекцией необходимо наблюдать за состоянием своего здоровья и при появлении каких-либо жалоб немедленно обратиться к врачу.

**Помните, что заболевание легче предупредить, соблюдая элементарные меры профилактики, чем лечить.**

**Корь**

**Корь**- вирусная инфекция, для которой характерна очень высока? восприимчивость. Если человек не болел корью или не был привит от этой инфекции, то после контакта с больным заражение происходит практически в 100% случаев. Вирус кори отличается очень высокой летучестью. Вирус может распространяться по вентиляционным трубам и шахтам лифтов - одновременно заболевают дети, проживающие на разных этажах дома.

Период от контакта с больным корью и до появления первых признаков болезни длится от 7 до 14 дней.

Заболевание начинается с выраженной головной боли, слабости повышения температуры до 40 градусов С. Чуть позднее к этим симптомам присоединяются насморк, кашель и практически полное отсутствие аппетита. Очень характерно для кори появление конъюнктивита - воспаления слизистое оболочки глаз, которое проявляется светобоязнью, слезотечением, резкие покраснением глаз, а в последующем - появлением гнойного отделяемого. Эти симптомы продолжаются от 2 до 4 дней. **На 4 день заболевания появляется сыпь,**которая выглядит, как мелкие красные пятнышки различных размеров (от 1 до 3 мм в диаметре), со склонностью к слиянию. Сыпь возникает на лице и голове (особенно характерно появление ее за ушами) и распространяется по всему телу на протяжение 3 - 4 дней. Для кори очень характерно то, что сыпь оставляет после себя пигментацию (темные пятнышки, сохраняющиеся нескольких дней) которая исчезает в той же последовательности, как появляется сыпь.

**При заболевании корью могут возникать довольно серьёзные осложнения.**

В их число входят воспаление легких (пневмония), воспаление среднего уха (отит), а иногда и такое грозное осложнение как энцефалит (воспаление мозга).

Необходимо помнить о том, что после перенесенной кори на протяжении достаточно продолжительного периода времени (до 2-х месяцев) отмечается угнетение иммунитета, поэтому ребенок может заболеть каким-либо простудным или вирусным заболеванием, поэтому нужно оберегать его от чрезмерных нагрузок, по возможности - от контакта с больными детьми.

После кори развивается стойкий пожизненный иммунитет.  Все переболевшие корью становятся невосприимчивы к этой инфекции.

**Единственной надежной защитой от заболевания является вакцинация против кори!**

**Острые кишечные инфекции**- это большая группа заболеваний, которые протекают с более или менее похожими симптомами, но вызываться могут огромным количеством возбудителей: бактериями, вирусами, простейшими микроорганизмами.

Летом количество кишечных инфекций у детей неминуемо растет. Причин этому несколько.

**Во-первых,**летом в пищу употребляется большое количество сырых овощей, фруктов и ягод, на немытой поверхности которых обитает огромное количество микробов, в т. ч. потенциально опасных.

**Во-вторых,**летом дети много времени проводят на улице, и не всегда даже их родители вспоминают, что **еда чистыми руками - обязательное правило.**

**Третья причина:**летом, попадая в продукты питания (молочные продукты, мясо, рыбу, бульоны), некоторые болезнетворные микроорганизмы размножаются с огромной скоростью и быстро достигают того количества, которое с успехом прорывает защитные барьеры желудочно-кишечного тракта.

**От момента внедрения возбудителя**в желудочно - кишечный тракт до начала заболевания может пройти от нескольких часов до 7 дней.

**Заболевание начинается**с повышения температуры тела, недомогания, слабости, вялости. Аппетит резко снижен, быстро присоединяется тошнота, рвота. Стул жидкий, частый с примесями. Следствием потери жидкости является сухость слизистых оболочек и кожи, черты лица заостряются, ребенок теряет в массе, мало мочится. Выражение лица страдальческое. Если у вашего ребенка появились вышеперечисленные признаки болезни - немедленно вызывайте врача. **Самолечение недопустимо.**

**Профилактика кишечных инфекций**требует неукоснительного соблюдения общегигиенических мер в быту, при приготовлении пищи и во время еды.

В летнее время все пищевые продукты следует закрывать от мух. Готовая пища должна храниться в холодильнике: при низкой температуре, даже в случае попадания в пищу микробов, они не смогут размножаться. К заболеванию может привести и неразборчивость при покупке продуктов, употребляемых в пищу без термической обработки - с рук, вне рынков, где они не проходят санитарный контроль. При купании в открытых водоемах ни в коем случае нельзя допускать заглатывания воды. Если едите на пляже, протрите руки хотя бы специальными влажными салфетками.

**И помните, что личный пример родителей - лучший способ обучения ребенка.**

**Коклюш.**

Коклюш - острое инфекционное заболевание, которое характеризуется длительным течением. Отличительный признак болезни - спазматический кашель.

Механизм передачи инфекции воздушно - капельный. Особенностью коклюша является высокая восприимчивость к нему детей, начиная с первых дней жизни.

С момента контакта с больным коклюшем до появления первых признаков болезни проходит **от 3 до 15 дней.**Особенностью коклюша является постепенное нарастание кашля в течение 2-3 недель после его появления.

**Типичные признаки коклюша:**

•    упорный усиливающийся кашель, постепенно переходящий в приступы спазматического кашля (серия кашлевых толчков, быстро следующая друг за другом на одном выдохе) с судорожным вдохом, сопровождающимся свистящим протяжным звуком. У грудных детей такой кашель может привести к остановке дыхания. Приступы кашля усиливаются ночью и заканчиваются выделением небольшого количества вязкой мокроты, иногда рвотой;

•    одутловатость лица, кровоизлияния в склеры;

•    язвочка на уздечке языка (вследствие её травмирования о края зубов, так как во время приступа кашля язык до предела высовывается наружу, кончик его загибается кверху).

Коклюш нередко осложняется бронхитами, отитом, пневмонией, выпадениями прямой кишки, пупочной и паховой грыжами.

После перенесенного коклюша длительное время (несколько месяцев) могут возвращаться приступы кашля, особенно, если ребенок простудится или при физической нагрузке.

**Единственной надежной профилактикой против коклюша**является вакцинация АКДС - вакциной, которая включена в Национальный календарь прививок. Опасения родителей, связанные с угрозой вредного воздействия вакцины, необоснованны. Качество АКДС - вакцины по своим свойствам не уступает вакцинам, выпускаемым в других странах.

**Скарлатина**

Скарлатина - единственная из детских инфекций, вызываемая не вирусами, а бактериями (стрептококком группы А). Это острое заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Также возможно заражение через предметы обихода (игрушки, посуду). Болеют дети раннего и дошкольного возраста. Наиболее опасны в отношении инфицирования больные в первые два - три дня заболевания.

**Скарлатина начинается**очень остро с повышения температуры тела до 39 градусов С, рвоты, головной боли. Наиболее **характерным симптомом**скарлатины является **ангина,**при которой слизистая зева имеет ярко-красный цвет, выражена отечность. Больной отмечает резкую боль при глотании. Может быть беловатый налет на языке и миндалинах. Язык впоследствии приобретает очень характерный вид **("малиновый")**- ярко розовый и крупно зернистый.

К концу первого-началу второго дня болезни появляется **второй**характерный симптом скарлатины - сыпь. Она появляется сразу на нескольких участках тела, наиболее густо располагаясь в складках (локтевых, паховых). Ее отличительной особенностью является то, что ярко-красная мелкоточечная скарлатинозная сыпь расположена на красном фоне, что создает впечатление общей сливной красноты. При надавливании на кожу остается **белая полоска.**Сыпь может быть распространена по всему телу, но всегда остается **чистым**(белым) участок кожи между верхней губой и носом а также подбородок. Зуд гораздо менее выражен, чем при ветряной оспе.

Сыпь держится до 2 до 5 дней. Несколько дольше сохраняются проявления ангины (до 7 - 9 дней).

Лечение скарлатины обычно проводят с **применением антибиотиков,**так как возбудитель скарлатины - микроб, который можно удалить с помощью антибиотиков и **строгого соблюдения постельного режима.**Также очень важно местное лечение ангины и проведение дезинтоксикации (выведения из организма токсинов, которые образуются в процессе жизнедеятельности микроорганизмов - для этого дают обильное питье). Показаны витамины, жаропонижающие средства. Скарлатина также имеет достаточно **серьезные осложнения.**До применения антибиотиков скарлатина часто заканчивалась развитием ревматизма с формированием приобретенных пороков сердца или заболеваний почек. В настоящее время, при условии грамотно назначенного лечения и тщательного соблюдения рекомендаций, такие осложнения редки.

Скарлатиной болеют практически исключительно дети потому, что с возрастом человек приобретает устойчивость к стрептококкам. Переболевшие также приобретают стойкий иммунитет.

**Эпидемический паротит.**

Эпидемический паротит (свинка) - детская вирусная инфекция, характеризующаяся острым воспалением в слюнных железах.

Инфицирование происходит воздушно-капельным путем. Восприимчивость к этому заболеванию составляет около 50-60% (то есть 50 - 60 % бывших в контакте и не болевших и не привитых заболевает).

От момента контакта с больным свинкой до начала заболевания может пройти 11 -23 дня.

Свинка начинается с повышения температуры тела до 39 градусов С и выраженной боли в области уха или под ним, усиливающейся при глотании или жевании. Одновременно усиливается слюноотделение. Достаточно быстро нарастает отек в области верхней части шеи и щеки, прикосновение к этому месту вызывает у ребенка выраженную боль. Неприятные симптомы проходят в течение трех-четырех дней: снижается температура тела, уменьшается отек, проходит боль.

**Однако достаточно часто эпидемический паротит заканчивается воспалением в железистых органах,**таких как поджелудочная железа (панкреатит), половые железы. Перенесенный панкреатит в некоторых случаях приводит к **сахарному диабету.**Воспаление половых желез (яичек) чаще случается у мальчиков. Это существенно осложняет течение заболевания, а в некоторых случаях может закончиться **бесплодием.**В особенно тяжелых случаях свинка может осложниться вирусным **менингитом**(воспалением мозговой оболочки), который протекает тяжело.

После перенесенного заболевания формируется стойкий иммунитет, но осложнения могут привести к инвалидности.

**Единственной надежной защитой от заболевания является** **вакцинация против эпидемического паротита, которая внесена в Национальный календарь прививок.**

**Краснуха**

**Краснуха** - это вирусная инфекция, распространяющаяся воздушно-капельным путем. Как правило, заболевают дети, длительно находящиеся в одном помещении с ребенком, являющимся источником инфекции. Краснуха по своим проявлениям очень похожа на корь, но протекает значительно легче.

Период от контакта до появления первых признаков болезнь длится от 14 до 21 дня.

Начинается краснуха с увеличения затылочных лимфоузлов и повышения температуры тела до 38 градусов С. Чуть позже присоединяется насморк, иногда и кашель. Через 2-3 дня после начала заболевания появляется сыпь. Для краснухи характерна сыпь мелкоточечная розовая, которая начинается с высыпаний на лице и распространяется по всему телу. Сыпь при краснухе, в отличии от кори, никогда не сливается, может наблюдаться небольшой зуд. Период высыпаний может быть от нескольких часов, в течение которых от сыпи не остается и следа, до 2 дней.

Лечение краснухи заключается в облегчении основных симптомов - борьбу с лихорадкой, если она есть, лечение насморка, отхаркивающие средства.

Осложнения после краснухи бывают редко.

После   перенесенной    краснухи   также    развивается    иммунитет,    повторное инфицирование происходит крайне редко, но может иметь место.

**Поэтому очень важно получить прививку против краснухи, которая,   как и прививка против кори, внесена в Национальный календарь прививок.**

**Вирусный гепатит А.**

        Это острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом, попадающим в организм человека путем проникновения через рот с зараженной водой или продуктами и оказывающим прямое повреждающее действие на печеночные клетки. Источником инфекции являются больные и только что переболевшие люди.

Возбудитель выделяется с фекалиями в последние 7-10 дней скрытого периода болезни и в преджелтушном периоде. Гепатитом А болеют дети преимущественно в возрасте от 3 до 10 лет. Для гепатита А характерны эпидемические вспышки в детских коллективах. Заболевание имеет цикличность и четкую сезонность, пик заболеваемости регистрируется осенью.

         С момента контакта с больным до первых проявлений болезни проходит 5-30 дней. Иногда в этот период наблюдаются насморк, кашель, общее недомогание. Постепенно нарастают признаки общей интоксикации. Повышается температура тела до 38-39°, появляются, тошнота, нечастая рвота, неустойчивый стул, чувство тяжести и боль в правом подреберье. Увеличивается печень, она становится плотной и болезненной при дотрагивании. К концу преджелтушного периода появляются темная окраска мочи и обесцвеченный кал. Длительность преджелтушного периода составляет в среднем 5-7 дней.

Желтушный период характеризуется появлением желтухи с постепенным нарастанием её интенсивности. Вначале окрашиваются склеры и слизистые оболочки, прежде всего мягкое нёбо. По мере усиления желтухи окраска распространяется на кожу лица, туловища и конечностей. Печень увеличена. У детей раннего возраста увеличивается селезенка. С появлением желтухи при гепатите А улучшается самочувствие ребенка, уменьшается интоксикация, исчезают тошнота и рвота, улучшается аппетит. Желтушный период длится 7-15 дней.

Период выздоровления длительный, до З-х месяцев, обычно более затяжной у детей раннего возраста.

Что нужно знать родителям для эффективного лечения гепатита А?

Заболевшие дети подлежат обязательной госпитализации. Тяжелое течение болезни требует соблюдения постельного режима. Диета должна быть полноценной, легкоусвояемой, с достаточным количеством белка. Необходимо частое дробное питание, не менее 5 раз в день. Показано питьё в виде 5% раствора глюкозы, сладкого чая, фруктовых соков, компотов, морсов, щелочных минеральных вод, настоев желчегонных трав. В чем заключается профилактика заболевания гепатитом А?

Поскольку заболевание происходит путем заражения через рот, основной мерой предупреждения заболевания является строгое соблюдение гигиенических правил: тщательное мытье рук перед едой, употребление в пищу только вымытых овощей и фруктов. Следует пользоваться только личной посудой. Не пить воду из водоемов.

Борьба с гепатитом А включает раннюю диагностику и своевременную изоляцию больных. При подозрении на заболевание следует строго следить изменением цвета мочи, кала и слизистых оболочек у заболевшего ребенка.

**Туберкулез у детей и подростков.**

**Туберкулез** - хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза человеческого или, реже, бычьего вида ( последние передаются через молоко и молочные продукты), поражающими в большей мере органы дыхания, а также все органы и системы организма.

Источником инфекции являются больные туберкулезом люди. Наиболее распространенным является воздушный путь заражения. Факторами передачи служат носоглоточная слизь, мокрота и пыль, содержащие бактерии.

Размножение бактерий туберкулеза в организме ребенка ведет к значительным функциональным расстройствам с явлениями интоксикации: появляется раздражительность или, наоборот, заторможенность, быстрая утомляемость, головная боль, потливость. Температура тела повышается до 37.2 - 37.3°, нарушаются сон и аппетит. При длительном течении болезни ребенок худеет, кожа становится бледной, отмечается склонность к воспалительным заболеваниям. Для детей типична реакция со стороны лимфатических узлов: они увеличиваются в размерах, становятся плотными. При отсутствии лечения возможен переход болезни в более тяжелые формы.

Для диагностики туберкулезной интоксикации важное значение имеет определение инфицированности с помощью туберкулиновых проб, а для детей с 12 лет - ещё и с помощью флюорографии.

Для профилактики туберкулеза очень важно: вести здоровый образ жизни, строго соблюдать санитарно - гигиенические правила: мыть руки перед едой, не употреблять в пищу немытые овощи и фрукты, а также молочные продукты, не прошедшие санитарный контроль, полноценно питаться, заниматься спортом, обращать внимание на изменения в состоянии здоровья.

**Важным моментом для предупреждения туберкулеза является ежегодная постановка пробы Манту, которая дает положительный результат при проникновении патогенных бактерий в организм ребенка.**

**СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ**

Серозный менингит – это инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, сильными головными болями, рвотой.

**Возбудитель и пути передачи инфекции**

Вызывается серозный менингит энтеровирусами Echo и Коксаки. Вирус устойчив о внешней среде. Источником инфекции является больной человек и «здоровый» вирусоноситель.

Вирус передается через воду, овощи, фрукты, пищевые продукты, грязные руки. Может передаваться и воздушно-капельным путем при большом скоплении людей. Заражение чаще происходит при купании в водоемах и плавательных бассейнах

Наиболее часто поражаются дети от 3-х до 6 лет, у детей школьного возраста восприимчивость к данным вирусам снижается, а взрослые болеют крайне редко. Дети до 6 месяцев не болеют совсем, т.к. они находятся под защитой врожденного иммунитета, полученного от матери.

Выявлена летне-сезонная заболеваемость.

**Клиническая картина**

Начало болезни, как правило, острое, начинается с повышения температуры до 38 - 40 градусов, головной боли, возможны, рвота, мышечные боли, понос. Нередко бывают боли в животе, общее беспокойство, иногда бред, судороги. Через 3 - 7 дней температура снижается, к 5 - 7 дню исчезают менингиальные симптомы, однако через несколько дней возможен рецидив заболевания.

После перенесенного серозного менингита у детей могут быть остаточные явления в виде астенических состояний, головной боли и т.п. Вследствие чего ребенок должен находиться на диспансерном учете у невропатолога.

**Что делать если ребенок заболел?**

Необходимо срочно обратиться за медицинской помощью и при необходимости госпитализировать ребенка.

**Как избежать заболевания серозным менингитом?**

•  Необходимо воздержаться от купания в открытых водоемах, особенно маленьким детям;

•  Для питья использовать кипяченую качественную воду;

•  Овощи, фрукты, ягоды употреблять в пищу только после того, как вы их тщательно вымоете и обдадите кипятком;

•  Строго соблюдать правила личной гигиены. Мыть руки с мылом перед каждым приемом пищи и после каждого посещения туалета;

•  Рекомендуется вести здоровый образ жизни. Правильное полноценное питание, витаминотерапия, закаливание, активный двигательный режим, полноценный сон, исключение вредных привычек, душевная гармония позволит организму легко справится с любым испытанием.

**Прогноз**

В большинстве случаев благоприятный. Стационарное лечение продолжается до 2-3 недель.

**Колит инфекционный**

Симптомы воспаления толстого кишечника можно наблюдать при множестве нозологических форм. Точное суждение о природе колита в том или ином конкретном случае возможно только после детального изучения анамнеза и учете как инструментальных и физикальных данных, так и данных, в первую очередь, бактериологических и лабораторных исследований.

К сожалению, надо признать, что данные гистологического исследования и эндоскопическая картина при хронических воспалительных заболеваниях (особенно неспецифического язвенного колита) и в большем числе колитов инфекционных практически неразличимы. Поэтому на начальном этапе диагностики при выявлении острых воспалительных изменений в толстом кишечнике необходимо исключить инфекционную причину заболевания. Так, в 40% диагнозов хронического колита, по данным ряда авторов, после полного лабораторно-диагностического исследования была выявлена инфекционная природа заболевания.

Основными особенностями колита хронического являются:

* быстрое течение заболевания (очень часто бывает внезапное начало и быстрая инволюция клинических проявлений, заболевание редко может длиться больше месяца);
* наличие в анамнезе хронических воспалений, не исключающих инфекционную природу заболевания;
* если возникает подозрение на инфекционную причину колита, то колоноскопия не может являться методом выбора при установлении диагноза, при видимой картине хронического воспаления она чаще всего противопоказана.

В большинстве случаев эндоскопическая картина колита инфекционного не специфична и обязана основываться на типовом алгоритме описания воспалительных изменений толстого кишечника, включающем в себя:

* оценку активности воспалительных процессов;
* описание эндоскопических проявлений;
* указание локализации поражения и его протяженности.

Судить об этиологических факторах инфекционных поражений можно лишь с меньшей или большей долей вероятности (заключение носит предполагаемый характер).

Учитывая таксономическую принадлежность возбудителя, колиты, имеющие инфекционную природу, можно подразделить на:

* грибковые колиты;
* паразитарные колиты;
* истинно инфекционные или бактериальные колиты;
* венерические проктиты.