

## **ДИЗЕНТЕРИЯ-БОЛЕЗНЬ ГРЯЗНЫХ РУК**

Бактериальная дизентерия относится к группе острых кишечных инфекций. Она может быть вызвана несколькими разновидностями дизентерийной палочки, поэтому формы дизентерии отличить трудно и точный диагноз устанавливается только после бактериологического исследования кала.

**Дизентерия носит отчетливо сезонный характер**, наиболее высокая заболеваемость приходится на летнее и осеннее время года. Источниками инфекции могут быть больные дизентерией или бациллоносители, т.е. лица, у которых нет никаких признаков заболевания. Бациллоносители не менее опасны, чем больные дизентерией. Не случайно дизентерию называют «болезнью грязных рук». Ее возникновение всегда связано с несоблюдением санитарно-гигиенических требований, недостаточно аккуратным мытьем овощей, фруктов и т.д.

**В отличие от ряда других инфекционных заболеваний** дизентерия не вызывает стойкого иммунитета, и поэтому у ребенка возможны ее рецидивы.

Дизентерией болеют дети любого возраста. Чем меньше ребенок, тем большую угрозу для него представляет любая из кишечных инфекций. Особенно опасно при этих заболеваниях обезвоживание организма, которое наступает вследствие потери жидкости при поносе и повторной рвоте.

**Инкубационный (скрытый) период** при дизентерии довольно короткий – от одного до нескольких дней. Бывают легкие формы, при которых наблюдаются жидкий стул в течение 2–3 дней и неплохое общее самочувствие ребенка, а бывают тяжелые – с резко выраженной симптоматикой, с развитием обезвоживания организма.

**Дизентерия начинается** с общего недомогания, болей в животе, головной боли и характерных нарушений стула. Типичные признаки дизентерии – болезненные позывы к дефекации (тенезмы), водянистый стул с примесью слизи и крови.

**При острой форме болезни** и хорошей сопротивляемости организма симптомы заболевания угасают довольно быстро. Спустя 7–10 дней функции кишечника нормализуются, состояние больного улучшается, восстанавливается аппетит. Иногда заболевание носит волнообразный характер (стихает и обостряется), дает рецидивы. В основном это бывает тогда, когда не завершена до конца назначенный врачом курс лечения.

**Бацилловыделение при дизентерии** прекращается довольно быстро, но, чтобы убедиться в том, что больной уже не опасен для окружающих (особенно в тех случаях, когда ребенок посещает детский сад или школу), после окончания курса лечения необходимо повторное

бактериологическое обследование. Отрицательный результат посевов ка- ла свидетельствует о том, что ребенок не стал бактерионосителем и забо- левание не перейдет в хроническую форму.

**Принципы лечения дизентерии** такие же, как и при других острых кишечных заболеваниях, – назначение водно-чайной диеты (на 12–24 ч) и антибактериальная терапия. Водно-чайная диета позволяет максимально ограничить нагрузку на органы пищеварения. Затем рацион постепенно расширяют (период тренировки органов пищеварения), и примерно к концу 2-й недели после начала заболевания ребенок вновь получает обычное питание.

**Контроль за объемом потребляемой жидкости** при этой болезни имеет большое значение. В остром периоде заболевания ребенок должен получать обильное питье – из расчета 50–180 мл на 1 кг массы те- ла в сутки. В случаях обезвоживания организма лечение должно прово- диться в условиях стационара, так как помимо обильного питья требуется капельное введение жидкости внутривенно.

После водно-чайной паузы ребенка постепенно переводят на тот режим питания, который был у него до начала заболевания, но количество пищи увеличивают медленно, восполняя рацион за счет жидкостей – чая, рисо- вого отвара или глюкозосолевого раствора. Только к 4–5-му дню ребенок может получать питание в обычном объеме. Детям старше 6 мес. врач может рекомендовать после водно-чайной паузы так называемую яблоч- ную диету. В этом случае в течение 2 дней ребенку готовят яблочное пюре из расчета 200 г яблок (очищенных и протертых через сито), 200 мл раствора Рингера–Локка (состав: натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, кальция хлорид, калия хлорид, глюкоза, вода) и 500 мл чая. Детям в воз- расте 2 лет дают 600–1000 г яблочного пюре за 5–6 кормлений в течение дня. Питьевой режим при этом обычный. Начиная с 3-го дня количество яблочного пюре постепенно уменьшают и вводят в рацион ребенка обык- ные для детского меню блюда – каши, некрепкий бульон, овощное пюре и т.д.

**Надо иметь в виду,** что после болезни аппетит у ребенка непосто- янный, восстанавливается не сразу, а использование труднопереваривае- мых продуктов (жирных блюд, сливочного масла, кондитерских изделий с кремом), а также излишнего количества молока опасно и может приве- сти к расстройствам пищеварения.

Назначенный врачом курс лечения нужно проводить полностью, а не только до того момента, когда наступит улучшение в самочувствии ребенка, ибо у «недолеченных» детей чаще всего возникают рецидивы (повторные обострения) и хронические формы заболевания.