ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОКИ

Для правильной организации терапии ОКИ в условиях поликлинники необходимо:

* установить инфекционную природу заболевания
* уже при первой встрече с больным поставить вероятный этиологический диагноз или хотя бы определить тип диареи;
* определить уровень поражения ЖКТ;
* установить стадию болезни (нач. период, разгар, постинфекц. нарушения);
* оценить преморбидный фон больного;

Терапия д.б. адекватной этиологии, патогенезу, комплексной и поэтапной. Комплекс лечения включает лечебное питание, этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию, и направлен на борьбу с возбудителем, а с др. стороны на восстановление нарушенного обмена и деятельности различных органов. Терапия нуждается в постоянной коррекции.

**Госпитализация больных**, Пр. №475 от 16,08,89

Клинические показания:

• все тяжелые и среднетяжелые формы с отягощенным преморбидным фоном;

• резко ослабленные и отягощенные сопутствующими заболеваниями лица;

• затяжные и хронические формы дизентерии (при обострении).

Эпидемиологические показания:

• уточнение диагноза;

• невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного;

• проживание в семейных общежитиях (при наличии детей, посещающих ДДУ и первые 2 класса школы); острые кишечные заболевания или носительство у работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных.

Вопрос о госпитализации или оставлении больного дома решается участковым педиатром при установлении первичного диагноза и районным эпидемиологом.

Современным, основным принципом лечения стал принцип - правильно поить и кормить!!!

**Лечебное питание**

Правило 1 (ВОЗ): Продолжайте кормить ребенка.

Доказано, что при диареях сохраняется не менее 60% абсорбционной функции кишечника, поэтому прием пищи во время диареи следует продолжить. Всасывающая способность пораженных эпителиальных клеток тонкого кишечника достаточна для обеспечения всасывания ингредиентов пищевых продуктов. Поэтому голодные диеты и водно-чайные паузы не рекомендуются, кроме того они ослабляют защитные силы организма и замедляют процессы репарации.

При длительном голодании ( 2-е суток ) резко нарушается морфология стенки тонкого кишечника, поэтому водно-чайная пауза назначается только в тяжелых случаях, не более, чем на 4-5 часов, при неукроимой рвоте, а дальше кормят по аппетиту. Во время ее проведения ребенок получает питье в виде глюкозо-солевых растворов. После паузы детям 1-го года жизни вводится дробное питание сцеженным грудным молоком или смесями по 10-20 мл через 2 часа. После 4-5 таких кормлений количество молока постепенно увеличивают по 10 мл на кормление. На 3-й день объем доводят до 70-100 мл на кормление.

У детей раннего возраста в период разгара реком. уменьшение объема пищи ( в 1-ый день лечения не более, чем на 50%) и увеличения кратности кормления до 6-8 р. в сутки ( ч\з 2-3 часа). В течение 3-4-х дней д.б. восстановлен нормальный объем питания. При легких формах ОКИ сохраняется возрастная диета с дополнительным введением кисло­молочных смесей.

Учитывая, что усвоение грудного молока при ОКЗ не нарушено, детей, находящихся на естественном и смешанном вскармливании, следует продолжить кормить в перерывах между оральной регидратацией. Грудное вскармливание способствует уменьшению объема стула и сокращает продолжительность заболеваний. Детям, в том числе 1-х мес. жизни, находящимся на искусственном вскармливании предпочтительно назначать низколактозные смеси: В-кефир, Биолакт, Детолакт, Малютка, Бифилин, Балбобек, Линолак, Бона-соя, Пилтти, Туттели, наринэ. Детям старше б мес. смеси сочетают с назначением овощных пюре, 5-10% рисовой, гречневой каш.

При нарушении всасывания углеводов (дисахаридазная, лактазная нед-ть), которая, как правило, сопровождает ротавирусную инфекцию и колиэнтерит и проявл. беспокойством, вздутием живота, отрыжкой и брызжущим, пенистым стулом после каждого кормления, ограничивают сладкие молочные смеси и назначают низколактозные смеси или 3-х дневный кефир, 10% каши на овощном отваре, а детям на грудном вскармливании добавляют после молока кисломолочные смеси.

Молоко лучше не давать, т.к. молочный белок блокирует железо, вызывая анемию, часто молоко вызывает пищевую аллергию и дисфункцию кишечника по типу лактазной недостаточности.

Разгрузка необходима при неукротимой рвоте, после прекращения рвоты дают обычную пищу.

Детей старше 1 года следует кормить с учетом аппетита, отдается предпочтение кислым молочным смесям, высококалорийным продуктам: яйца, мясо, рыба в виде фарша, суфле, паровых котлет, пище, богатой вит.А : печень, тыква, морковь, шпинат. Исключаются лишь продукты с высоким содержанием сахара, сырые фрукты, овощи с высоким содержанием клетчатки ( требуют много энергии), продукты, усиливающие брожение и перистальтику кишечника (цельное молоко, черный хлеб), бульоны с низким каллоражем. Кефир здоровым детям лучше не давать, т.к. у них склонность к повышенной кислотности желудочного сока, а он ее усиливает, способствуя развитию гастрита и даже язвы. При длительной дисфункции кишечника (водянистой диарее), которая чаще связана с лактазной недостаточностью давать молоко, творог нельзя, в этом случае показаны кислые продукты, можно каши на воде.

У детей на грудном вскармливании часто на фоне длительной дисфункции из грудного молока выделяли St. aureus и отнимали ребенка от груди, стул имел тенденцию к нормализации.

**Регидратационная терапия**.

Правило 2: Дать ребенку больше жидкости, чем обычно!

Необходимым условием устранения кишечного токсикоза с эксикозом является правильная диагностика степени, типа обезвоживания. Клиника обусловлена нарушением водно-электролитного обмена. Выделяют 3 типа эксикоза:

1. Вододефицитный / внутриклеточный, гипертонический/ - потери воды превышают потери солей, в клинике на первом месте диарейный синдром в сочетании с гипертермией и одышкой. Объективно - ребенок возбужден, жажда, слизистые сухие, родничок запавший.

2. Соледефицитный - потери солей превосходят потери воды, ведущий симптом- рвота. Потеря солей приводит к снижению осмолярности плазмы и перемещению жидкости в клетки. У больных потеря сознания, судороги, большой родничок запавший. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком. Олигоанурия, снижение мышечного тонуса.

3. Изотонический.

Гипокалиемия при К+ - ниже 3,5 ммоль/л: гипорефлексия, глухость сердечных тонов, парез кишечника. Нарушение обмена натрия сопровождается повтронои рвотой, появлением отеков, заторможенностью.

Когда потери массы тела составляют менее 5% массы тела, единственным признаком обезвоживания является жажда. Если дефицит жидкости превышает 5% массы тела, то достаточно быстро развиваются: раздражительность, неутолимая жажда, тахикардия, снижение тургора кожи, олигурия или анурия, гипотония, ступор и кома. Шок наступает, когда дефицит жидкости составляет более 10% массы. Тяжесть дегидратации определяется в процентах к массе (разница м/у массой тела до заболевания и в момент осмотра).

Рано начатое лечение более эффективно, поскольку оно применяется в то время, когда два важных гомеостатических механизма (жажда, ф-ция почек) еще не нарушены. При диарее потеря жидкости почти полностью происходит за счет внутриклеточной жидкости, что приводит к прогрессирующему уменьшению ОЦК.

Пероральная регидратация глюкозо-солевыми р-рами показана при вирусных диареях, эшерихиозах как монотерапия, в остром периоде инвазивных инфекций в сочетании с этиотропным лечением. Она направлена на восстановление сниженной секреции и обратного всасывания воды и содей в кишечнике и на восстановление водно-электролитного обмена. Проводят при эксикозе 1-2 ст.

Этот метод эффективен у 80-85% детей. При этом сокращается применение дорогостоящих р-ров, предупреждаются осложнения: пирогенные реакции, сепсис, эмболии, тромбофлебиты, дизэлектролитэмия. Пероральное применение р-ров помимо регидратационного действия способствует быстрому восстановлению массы тела больного ребенка, нормализации обменных процессов за счет коррекции ацидоза и обмена калия, а также быстрого восстановления аппетита. Проведение ОР не требует прерывания кормления детей, находящихся на грудном вскармливании.

Рано начатое лечение более эффективно, поскольку оно применяется в то время, когда два важных гомеостатических механизма (жажда, ф-ция почек) еще не нарушены/При диарее потеря жидкости почти полностью происходит за счет внутриклеточной жидкости, что приводит к прогрессирующему уменьшению ОЦК. Когда потери массы тела составляют менее 5% массы тела, единственным признаком .обезвоживания является жажда. Если дефицит жидкости превышает 5% массы тела, то достаточна быстро развиваются: раздражительность, неутолимая жажда, тахикардия, снижение тургора кожи, олигурия или анурия, гипотония, ступор и кома. Шок наступает, когда дефицит жидкости составляет более 10% массы. Тяжесть дегидратации определяется в процентах к массе (разница м/у массой тела до заболевания и в момент осмотра).

ОР проводится в 2 этапа.

1 этап: направлен на коррекцию водно-солевого дефицита, им. в начале лечения. Проводят в первые 4-6 часов, кол-во вводимой жидкости в среднем составляет 80-100 мл/кг массы за б часов, грудным детям р-р предлагают по 2-3 ч.л. каждые 3-5 минут с учетом степени обезвоживания, в течение 20-минутного периода не следует давать ребенку более 100 мл р-ра. Детям более старшего возраста р-р дают пить глотками или по 1-2 стл. Большие объемы могут спровоцировать рвоту.

Если у ребенка во время ОР возникает рвота, достаточно прекратить прием р-ров на 5-10 мин., а затем возобновить небольшими порциями. Кол-во солей, которые поступают в организм с регидратационными р-рами, как правило превышает потети с рвотными массами, т.к. часть р-ра всасывается.Рвота прекращается как только дегидратация будет ликвидирована.

Р-ры: оралит, цитроглюкосалан, глюкосалан, регидрон. При выраженной диарее, многократной рвоте потери воды превышают потери солей, в связи с чем глюкозосолевые р-ры необходимо сочетать с р-рами не содерж. натрий 1:1 ; 1:2 (кипяченая вода, чай, компот, отвар). По данным Воротынцевой у детей при ОКИ им. место вторичный гиперальдостеронизм, поэтому необходимо сочентание солевых р-ров с нейтральными.

Противопоказанием для ОР явл. гиповолемия /развитие шока/, парез кишечника.

Эффективность оценивается по исчезновению или уменьшению симптомов обезвоживания, прекращению водянистой диареи или уменьшению объема испражнений, по прибавке массы тела.

ОР прекращается при отсутствии эффекта ; при развитии осложнений: рвота- при быстром отпаиваний большим кол-вом, отеков.

Поддерживающая терапия в кол-ве продолжающихся потерь проводится до прекращения диареи. В среднем объем жидкости составляет 80-100 мл/ кг в сутки, по 50-100 мл До 2-х лет, по 200 мл старше 2-х лет на каждый акт дефекации.

Если признаки обезвоживания сохраняются 8-10 часов от момента поступления больного в стационар и продолжают нарастать, то проводится инфузионная терапия. ОР не проводится, в этой ситуации отпаивают больного нейтрйальными растворами. Для восстановления ОЦК, коррекции водно-электролитных нарушений необходимо рассчитать суточный объем жидкости. При расчете по Вельтищеву - следует учесть 3 фактора:

1. Объем жидкости для поддержания физиологических процессов /ФП/.

2. Объем жидкости для ликвидации дефицита /Д/. При отсутствии установленного дефицита берут 1/10 от фактич. массы.

3. Объем жидкости для возмещения продолжающихся потерь /ПП/.

Второй способ по Денису более практичный. 1 этап направлен на восстановление ОЦК, т.е. должен составлять дефицит массы, кот. восстанавливается за первые 6-7 ч. с момента поступления. Если невозможно точно определить дефицит, то объем составляет 100 мл/кг с последующей коррекцией потерь.

Наличие гиповолемического шока является показанием для назначения гормрнов из расчета 5-10 мг/кг по преднизолону. Включают препараты, улучшающие периферическое кровообращение /новокаин/, почечный кровоток /эуфиллин/, стабилизаторы клеточных мембран, ингибиторы протеолиза.

Этиотропная терапия

В последние годы происходит пересмотр показаний к назначению антибиотиков и других лекарственных препаратов при ОКИ у детей. Причина этого лежит в широко распространенной и часто меняющейся антибактериальной устойчивости микробов-возбудителей ОКИ, в наличии у большинства этих препаратов бактериостатического эффекта, в частом развитии побочных явлений, в том числе повреждении нормальной микрофлоры кишечника. Кроме того, антибиотики не связывают и не разрушают токсины, продуцируемые микробами. Убедительно доказано крайне отрицательное влияние антибактериальных препаратов на тяжесть и длительность течения столь широко распространенных у детей 1-х месяцев жизни ротавирусных диарей. В то же время, нельзя полностью отказаться от коротких курсов антибактериальной терапии в остром периоде ОКИ-они безусловно должны применяться при тяжелых формах инвазивных ОКИ. Для повышения эффекта необходимо постоянно иметь данные антибиотикограммы возбудителей ОКИ.

А/б и химиопрепараты при лечении на дому показаны только детям с инвазивными ОКИ, детям до 2-х лет со среднетяж. формами, при легких ф. детям 1-го года жизни с отягощенным преморбидным фоном. Не д.б. шаблона!!! При ОКИ достаточно перорального введения, т.к. при нетяжелых ф. возбудитель не проникает за пределы ЖКТ. При выраженном колите, рвоте и невозможности введения ч/з рот рекоменд. ректальное введение препарата в свечах или теплом масле шиповника в полуторной возрастной дозе.

Перед назначением - аллерг. анамнез!

Препаратами выбора /стартовая терапия/:

- невиграмон 60 мг/кг в 4 приема / аллергич. р-ции/

- канамицин 50 мг/кг в 4 пр.

- полимиксина М- сульфат до 4 лет - 100 мг/кг; 350 мг\*4 р. 12-14 лет; 500 мг\* 4р. /не токсичен, аллерг. р-ции/

- фуразолидон 0,025\* 3 р/сут до 1 года 10мг/кг-сут на 3-4р

0,03\*3 р 1-4 л.

0,04\* Зр 4-5 л.

/снижение аппетита, тошнота, рвота , аллерг.р-ции/.

- ампициллин 100 мг/кг 4-6 раз в сут. Курс лечения 5-7 дней.

При сальмонеллезе, эшерихиозах и ОКИ, вызван. УПФ детям раннего возраста назначают гентамицин внутрь 4-6 мг/кг /ото, нефротоксичен парентерально/, амикацин, бруломицин. Рифампицин при затяжных, тяжелых инфекциях 15-20 мг/кг, но гепатотоксичен. Эффективность связана со способностью лизировать в/клеточные микроорганизмы и высокой чувствительностью шигелл, однако из-за побочных эффектов используется только в резерве. Рекомендуют использовать в сочетании с фагами.

Не рекомедуется применять тетрациклин, стрептомицин, левомицетин / гепатотоксичен, угнетает кроветворение, снижает местный иммунитет, замедляет репарацию киш-ка/, ампициллин из-за выраженного аллергиз. д-ия, частого нарушения биоценоза кишечника.

При иерсиниозе наиболее эффективен левомицетин 25-30 мг/кг.

При кампилобактериозе препаратом выбора служит эритромицин (20-30 тыс.Ед \* кг) или 5-8 тыс./кг до 2-х лет, 0,1-0,25\*3 р/д старше 2-х лет, невограмон, аминогликозиды.

Метронидазол – 0,0075мг/кгх3р-3дн – бактеройды, клостридии.

При стафилококковой флоре- оксациллин 50-100 тыс. Ед\*кг;

диклоксациллин 50-100 мг/кг. Эритромицин, линкомицин, аминогликозиды, рифампицин, гентамицин.

Можно с/амиды.

При КИНЭ - препараты широкого спектра действия, при отсутсвии эффекта смена а/б проводится не ранее, чем через 2 сут. А/б не показаны:

- при водянистой диарее,

- при постинфекцион. дисфункциях;

- при легких инвазивн. формах ОКИ.

При тяжелом течении сочетают с парентеральным введением антибиотиков.

Эффективность этиотропной терапии можно повысить с помощью назначения специфических бактериофагов, которые разрушают только гомологичные микробы, в том числе "госпитальные штаммы", не угнетают нормальную микрофлору кишечника, стимулируют гуморальный и клеточный иммунитет. Фаги назначают как монотерапию при легких и среднетяжелых формах ОКИ или в комбинации с другими этиотропными средствами при тяжелых формах.

В связи с тем, что эффективность антиботико- и фаготерапии ниже у детей 1-го года жизни препаратами выбора у них могут служить комплексный иммуноглобулин (КИП). КИП содержит иммуноглобулины человека (главным образом, классов А и М) к шигеллам (в титре 1:640), сальмонеллам (1:320), эшерихиям (1:640) и ротавирусу (1:16000 ) (3). У больных ОКИ, леченных КИП 5-дневным курсом в общепринятых дозировках (по 1 дозе в сутки в 1-2 приема), укорачивалась продолжительность диарейного синдрома (95,198). Причем , при назначении КИП в повышенных дозировках в первые сутки начала заболевания наблюдается его абортирующий эффект-исчезновение симптомов интоксикации, нормализация стула уже на 2-3-й день лечения(З) , имеет место тенденция к нормализации показателей клеточного звена иммунитета, уменьшения количества ЦИК (27,95).

Для лечения ОКИ рекомендуют включать в комплексную терапию дрожжевой экстакт "Фаворит", представляющий собой автолизат пекарских или пивных дрожжей с высоким содержанием аминокислот, витаминов группы В, микроэлементов, содержащий нуклеинат натрия. Данный препарат способствует улучшению показателей клеточного звена иммунитета, нормализации кишечной микрофлоры (136).

Анализируя количественное содержание отдельных представителей нормальной кишечной микрофлоры при ОКИ у детей было установлено, что уже на 1-3-й день болезни у больных имеет место сниженное содержание бифидобактерий, лактобактерий при одновременно повышенном содержании энтерококков, кишечной палочки со слабовыраженными ферментативными свойствами и гемолитическими формами стафилококков (70,74,154,168). Иными словами, более чем у 70% больных ОКИ уже в начальном периоде заболевания имел место дисбактериоз кишечника в той или иной степени выраженности (54,74,92,93,155).

Удовлетворительные результаты получены при использовании своеобразного "этиотропного" лечения ОКИ только бактерийными препаратами в высоких дозах: бифидумбактерин по 20 доз в сутки или бифидокефир по 100-200 мл , 2-3 раза в сутки или дробно. Бифидокефир является лечебным продуктом питания детей, начиная с б-ти месячного возраста (89,135,136). Разработаны новые бифидосодержащие бактерийные препараты - бифидин и бифилонг .Назначают детям до 3-х лет , с целью восстановления микрофлоры, для элиминации взбудителей. Особенность другого бифидосодержащего препарата (разработан в лаборатории" Партнер") заключается в том, что штамм вида бифидум иммобилизирован на частицах активированного угля, что при контакте со слизистой кишки дает возможность колонизировать его, наряду с этим сорбент осуществляет детоксикационную функцию (139).

В последние годы создано несколько новых биопрепаратов из штаммов лактобактерий. Это биофруктолакт, ацилакт, аципол. Аципол содержит ацидофильные лактобактерий, обладающие высокой антагонистической активностью по отношению к шигеллам, сальмонеллам, протеям и способствуют восстановлению интестинального биоценоза. Второй компонент- полисахарид кефирных грибков, оказывающий положительное воздействие на иммуннологические показатели- содержание IgAs , лизоцима, завершенность иммунитета (70,139,140).

Таким образом, антагонистически активные бактерийные препараты предназначены, главным образом, для профилактики и лечения дисбиотических растройств. Однако, при их назначении необходим индивидуальный подход с учетом особенностей микрофлоры (139).

Изучена эффективность лечения индометацином детей "водянистым" типом диареи. Индометацин ингибирует синтез простагландинов и регулирует содержание цАМФ, тем самым оказывает терапевтическое действие у больных со среднетяжелыми формами ОКИ при назначении в первые 2 дня болезни , 3-5 мг/кг- 2-3 сут. Эссенциале 300 мг/сут для укрепления стенки кишечника.

В последние годы в качестве этиотропной терапии ОКИ стали применять энтеросорбенты. Отмечается высокая клиническая эффективность применения энтеродеза, новых углеродистых сорбентов (ГС-01Э, полифепан, микросорб), полимерных сорбентов ( КБС-М,энтерокат) и природного сорбента "Смекта". Сорбенты нейтрализуют и удаляют из организма токсигенные и инвазивные бактерии ( холерные вибрионы, эшерихии.сальмонеллы, шигеллы), ротавирусы и др., укрепляют кишечный барьер, уменьшают потерю воды и электролитов с испражнениями и тем самым оказывают выраженное дезинтоксикационное, антидиарейное и своеобразное этиотропное действие.Сорбенты не всасьтаются из желудочно-кишечного тракта, полностью выводятся через 24-48 часов, не подавляют нормальную микрофлору кишечника. Наибольшая терапевтическая эффективность выявлена у больных ОКИ, протекающими с явлениями гастроэнтерита и энтерита.

При лечении ОКИ у детей одной из основных задач является уменьшение частоты и объема испражнений, особенно при "водянистых" диареях. В этих случаях антидиарейный эффект оказывает иммодиум . Лоперамида гидрохлорид ( иммодиум) обладает болеутоляющим действием, уменьшает или прекращает гиперсекрецию воды и электролитов энтероцитами, нормализует их резорбцию , но не оказывает существенного влияния на исчезновение из фекалия патологических примесей . С 2-х лет, по 1 капс.

Бактисубтил 3-6 капс.\*сут - детям 3-6 лет.

Таким образом, по данным литературы оптимальной схемой для лечения при легких, среднетяжелых и у части больных с тяжелыми формами ОКИ следует считать использование адекватно проводимой оральной регидратации, ферментативных препаратов, применение селективных специфических иммуноглобулиновых препаратов, энтеросорбентов, и бактерийных препаратов или продуктов детского питания. Показания к назначению антибиотиков следует считать тяжелые и септические формы ОКИ бактериальной этиологии, особенно у детей раннего возраста. Однако вопрос об их эффективности нуждается в дополнительном изучении.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ.

1. ОКИ сопрвождается рвотой, поэтому неотложным мероприятием является промывание желудка, лучше солевыми р-рами.

2. При выраженном колитическом синдроме вяжущие ср-ва не показаны, т.к. стул- защита организма.

3. При рвоте неустановленной этиологии пртиворвотные ср-ва не показаны!

4. Не показано назначение соляной к-ты с пепсином, т.к. процесс на уровне кишечника, а не желудка.

5. В острую фазу при анемии не показаны преп. железа. Железо питает микробную клетку и идет борьба организмов, только ч/з 3 недели.

# Иммунотерапия

Детям с отягощенным фоном, ЧБД, с затяжным течением, при бак-выделении. Пентаксил 0,015-0,075 г в сут. по возрасту, курс- 10-14 дней;

Метилурацил 0,05-0,075 в сутки, курс 10-14 дней. Лизоцим 50-100 мг/ сут в 10 мл кипяченой воды. Возникновение дисбактериоза создает условия для увеличения гистамина в крови и сопровождается снижением акт-ти лизоцима, кот. является мощным антигистаминным ср-вом.

# Ферментотерапия

Для коррекции вторичных нарушений пищеварения на фоне ОКИ, в острой фазе и в стадию репарации 2-4 нед,.при наличии большого кол-ва нейтрального жира в кале применяют моноферменты панкреатин 0,1-0,3 до 1 года в сутки, старше 1 г.- 0,25-0,5 г. Абомин 1/3-1 таб. в сутки. Поликомпонентные препараты при нарушении переваривания клетчатки, крахмала, мышечных волокон. 1/4-1 таб 3-4 р. в день.

АНТИАЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

при постинфекц. синдр. с явлениями пищевой аллергии, при сочетании ОКИ с аллергич. дерматитами. Для профилактики язвенного процесса.

ФИТОТЕРАПИЯ

В период репарации кишечника: отвары ромашки, зверобоя, коры дуба, лапчатки, гоаната. Менять ч/з 10 дней.

ВИТАМИНОТЕРАПИЯ гр. В и С для восстановления мембран и для стимуляции нормального биоценоза кишечника.

ЛЕЧЕБНЫЕ КЛИЗМЫ.

Лучше с облепиховым маслом, аеколом, витаоном. Можно добавлять анестезин. Крахмальные клизмы. Подсолнечное масло оказывает выраженное раздражающее действие, т.к. микробная флора толстого кишечника расщепляет масло, а образующиеся при этом жирные кислоты раздражают слизистую и вызывают усиление перистальтики. Порядок выписки б-х из стационара.

- Детям, посещающим ДДУ, школы-интернаты, летние лагеря проводится однократное бак.обследование через 1-2 дня после окончания лечения в стационаре или на дому.

- др. категории больных выписываются после клинического выздоровления. Орг-ция работы в очаге:

В квартирных очагах однократному бак.обследованию подлежат дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты, летние лагеря, неорганизованные дети до 2-х лет. От посещения кол-ва не отстраняются. Мед. наблюдение составляет 7 дней. В очаге детям раннего возраста м. рекомендовать применение биопрепаратов и продуктов, обагащенных бифидобактериями. Диспансеризация

Дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты, переболевшие ОКИ подлежат клин. наблюдению в течение 1 мес. после выздоровления с ежедневным осмотром стула. Бак. обследование назначается по показаниям.