



Задача 20

Выполнил студент П-603б

Абдуллин ЛС

Мальчик 4 месяцев, находится на искусственном вскармливании. Поступил в стационар на 4-й день болезни в тяжелом состоянии. Заболевание началось с учащения стула до 5 раз в сутки (жидкий, водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества слизи и зелени), срыгивания, ухудшения аппетита. На 2-й день повысилась температура тела до 37,5°C, была два раза рвота, стул жидкий, не переваренный до 6 раз в сутки.

В последующие дни ребенок продолжал лихорадить, рвота и срыгивания (до 3-4 раз в сутки) оставались, появились сухость слизистых оболочек, резкое вздутие живота. Стул участился до 15 раз в сутки (жидкий, не переваренный, водянистый, пенистый с небольшим количеством слизи и зелени). Ребенок стал беспокойным, сучил ножками, отказывался от еды, плохо пил воду. Отмечается бледность кожи и "мраморный рисунок", тургор снижен, черты приглушены. Дыхание пуэрильное до 40 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут газами, урчащий во всех отделах. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет

Копрограмма: консистенция - жидкая, реакция - слабощелочная, стеркобилин (-), билирубин (+), мышечные волокна (-), нейтрофильный жир (++) , жирные кислоты (+++), мыла (++) , крахмал (+++), йодофильная флора (+); лейкоциты -10-12 в п/з, эритроциты - (-), дрожжеподобные грибы (++) .

Общий анализ крови: гемоглобин 134 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 50%, эозинофилы 2%, лимфоциты 40%, моноциты 6%, СОЭ 12 мм/час.

РНГА: с комплексным шигеллезным Зонне и Флекснера и сальмонеллезным диагностикумами - отрицательная.

Анализ мочи общий: без патологии.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Какие лабораторно-инструментальные исследования следует провести для его подтверждения?
6. Назначьте лечение.
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.
8. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», основные положения.

1 Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.

Диарейный синдром (энтеритом): заболевание началось с учащения стула до 5 раз в сутки жидкий, водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества слизи и зелени. На 2-й день стул жидкий, не переваренный до 6 раз в сутки.

В последующие дни стул участился до 15 раз в сутки (жидкий, не переваренный, водянистый, пенистый с небольшим количеством слизи и зелени).

Синдром общей интоксикации: Состояние тяжёлое, лихорадка.

Диспептический синдром: Живот резко вздут газами, урчащий во всех отделах. Рвота срыгивание до 4 раз в сутки.

Синдром дегидратации (соледефицитная): Отказывается от еды, плохо пьёт воду. Отмечается бледность кожи и "мраморный рисунок", тургор снижен, черты приглушены. Дыхание пуэрильное до 40 в минуту. Тоны сердца приглушены. сухость слизистых оболочек, диурез снижен.

2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.

Копрограмма: консистенция - жидкая, (норма - оформленная) реакция - слабощелочная, (норма нейтральная) стеркобилин (-)(норма +), билирубин (+), мышечные волокна (-), нейтрофильный жир (++) (норма -), жирные кислоты (+++) (норма -), мыла (++) (норма незначительное кол), крахмал (+++), (норма -) йодофильная флора (+) (норма -); лейкоциты - 10-12 в п/з (норма ед в поле зрения) , эритроциты - (-), дрожжеподобные грибы (++) (норма -)

Общий анализ крови: гемоглобин 134 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л, п/ядерные 2%, с/ядерные 50%, эозинофилы 2%, лимфоциты 40%, моноциты 6%, СОЭ 12 мм/час. (норма 4-8)

РНГА: с комплексным шигеллезным Зонне и Флекснера и сальмонеллезным диагностикумами - отрицательная.

Анализ мочи общий: без патологии.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

Опорные признаки эшерихиоза, вызываемые ЭПЭ. У детей первого года жизни наиболее часто встречается холероподобный вариант течения болезни. Характерно подострое реже острое начало заболевания. Температура нормальная или субфебрильная. Упорная рвота и метеоризм. Характерен стул по типу водянистой диареи. Характерно тенденция к нарастанию частоты диареи. Тяжесть заболевания обусловлена нарушением водно-солевого обмена. Потеря жидкости со рвотой и диареей быстро приводит к развитию эксикоза.

Дифференциальную диагностику эшерихиозов проводят с другими острыми диарейными инфекциями: холерой, шигеллёзом, сальмонеллёзом, кампилобактериозом, ПТИ стафилококковой этиологии и вирусными диареями: ротавирусной, энтеровирусной, и др

В отличие от эшерихиозов, холера характеризуется отсутствием интоксикации, лихорадки, болевого синдрома, наличием многократной рвоты, быстрым развитием дегидратации III–IV степени. Помогает в постановке диагноза эпидемиологический анамнез — пребывание в эндемичных для холеры регионах.

Шигеллёзу, в отличие от эшерихиозов, свойственна высокая лихорадка, боли локализуются в левой подвздошной области. Пальпируют спазмированную, болезненную сигму. Стул скудный, в виде «ректального плевка».

Сальмонеллёз, в отличие от эшерихиозов, характеризуется более выраженной интоксикацией, разлитыми болями в животе, болезненностью при пальпации в эпигастральной и околопупочной областях, урчанием. Характерен зловонный стул зеленоватого цвета.

Для ПТИ стафилококковой этиологии, в отличие от эшерихиозов, характерны острое, бурное начало заболевания, короткий инкубационный период (30–60 мин), более выражены симптомы интоксикации, рвота неукротимая. Боли в животе режущего характера, с локализацией в эпигастральной и околопупочной областях. Характерны групповой характер заболевания, связь заболевания с пищевым фактором, быстрый регресс болезни.

Ротавирусному гастроэнтериту, в отличие от эшерихиозов, свойственны катаральные явления, изменения слизистой оболочки ротоглотки (гиперемия, зернистость), слабость, адинамия. Боли в животе диффузные, стул жидкий, «пенистый», с резким, кислым запахом, позывы на дефекацию носят императивный характер.

Диагноз выставлен на основании жалоб

Заболевание началось с учащения стула до 5 раз в сутки (жидкий, водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества слизи и зелени), срыгивания, ухудшения аппетита. На 2-й день повысилась температура тела до 37,5°C, была два раза рвота, стул жидкий, не переваренный до 6 раз в сутки.

В последующие дни ребенок продолжал лихорадить, рвота и срыгивания (до 3-4 раз в сутки) оставались, появились сухость слизистых оболочек, резкое вздутие живота. Стул участился до 15 раз в сутки (жидкий, не переваренный, водянистый, пенистый с небольшим количеством слизи и зелени). Ребенок стал беспокойным, сучил ножками, отказывался от еды, плохо пил воду.

На основании анамнеза заболевания :, реб 4 мес , находится на искусственном вскармливании

На основании объективного осмотра: состояние тяжёлое , бледность кожи и "мраморный рисунок", тургор снижен, черты приглушены. Дыхание пуэрильное до 40 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут газами, урчащий во всех отделах. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет.

На основании лабораторных исследований:

Копрограмма: жидкой консистенции, реакция слабощелочная, нейтрофильный жир (++) , жирные кислоты (+++) мыла (++) крахмал (+++), йодофильная флора (+); лейкоциты -10-12 в п/з, дрожжеподобные грибы

Общий анализ крови: СОЭ 12 мм/час.

РНГА: с комплексным шигеллезным Зонне и Флекснера и сальмонеллезным диагностикумами - отрицательная.

Анализ мочи общий: без патологии.

5 Какие лабораторно-инструментальные исследования следует провести для его подтверждения?

Микробиологический метод (бак посев)– выделение патогенных эшерихий из испражнений , рвотных масс

Молекулярно-генетическая диагностика (полимеразная цепная реакция) с обнаружением ДНК эшерихий .

Показано при отрицательных результатах бактериологического обследования.

Является

вспомогательным методом.

Методы инструментальной диагностики

Используются при подозрении на поражение органов и систем, для выявления возможных

изменений в органах и системах:

- электрокардиографическое исследование;
- ультразвуковое исследование ОБП

рентгенография органов грудной клетки+брюшной полости

Б/ х анализ крови КЩС

Лечение :Госпитализации в инфекционное отделение

По мнению Всемирной Гастроэнтерологической Организации (2008) показаниями к госпитализации при инфекционных диареях являются:

- клиника обезвоживания;
- изменение психического состояния;
- ранний возраст пациента (<6 месяцев или <8 кг массы тела);
- отягощенный преморбидный фон (недоношенность, хронические заболевания и пр.);
- лихорадка > 38°C для детей <3 месяцев или > 39 С для детей от 3 до 36 месяцев;
- видимая кровь в стуле;
- выраженный диарейный синдром (частый и значительный по объему стул);
- упорная (повторная) рвота;
- отсутствие эффекта от оральной регидратации;
- отсутствие эффекта амбулаторного лечения в течение 48 часов;
- клинический симптомокомплекс тяжелого инфекционного заболевания с расстройством гемодинамики, недостаточностью функции органов;
- эпидемиологические показания (дети из «закрытых» учреждений с круглосуточным пребыванием, из многодетных семей и т.д.);

Программа проведения парентеральной регидратационной терапии в первые сутки основывается на расчете необходимо количества жидкости и определении качественного состава регидратационных растворов. Необходимый объем вычисляется следующим образом:

Общий объем (мл) = ФП + ПП + Д, где ФП - суточная физиологическая потребность в воде; ПП - патологические потери (со рвотой, жидким стулом, перспирацией); Д – дефицит жидкости, который имеет ребенок до начала инфузионной терапии.

Количество жидкости необходимой, для возмещения имеющегося дефицита жидкости, зависит от выраженности дегидратации и ориентировочно определяется исходя из дефицита массы тела.

При эксикозе I степени для компенсации дефицита требуется 30-50 мл/кг в сутки, при эксикозе II степени – 60-90 мл/кг в сутки, а при дегидратации III степени – 100-150 мл/кг в сутки.

Объем имеющегося дефицита корригируется постепенно, только при дегидратации I степени возможно возмещение дефицита в течение одних суток.

Для улучшения периферического кровотока и диуреза

Пентоксифиллин 20 мг /кг

Режим:палатный

Диета :безлактозными смесями (НАН безлактозный) 50 мл на одно кормление с интервалом 2 часа между кормлениями , в последующие дни объём кормления увеличиваем до 10мл доводя до возрастной нормы

От 6 недель до 4 месяцев – 1/6 массы тела;

От 4 месяцев до 6 месяцев – 1/7 массы тела

Пероральная дегидратация (хуман электролит с фенхелем)

$$V=(M*P*10)*6$$

V-объём вводимой жид за 1 час мл

M масса тела реб

P диф массы тела

10 коэффициент пропорциональности

Оральная регидратация проводится в два этапа

Рассчитанный объём назначают дробно по 5-10 мл каждые 5-10 мин

На втором этапе назначают поддерживающую терапию из расчета 80-100мл/кг массы тела которую продолжают до прекращения диареи .

Антибиотики :

Нитрофуран

энтерофурил детям в возрасте младше 2 лет препарат назначают только в форме суспензии. Для дозирования используют мерную ложку. Для детей в возрасте от 7 месяцев до 2 лет рекомендуемая доза составляет 100 мг (2.5 мл или 1/2 мерной ложки) 4 раза/сут; детям в возрасте от 1 до 6 месяцев - 100 мг (2.5 мл или 1/2 мерной ложки) 2-3 раза/сут. Перед применением суспензию необходимо хорошо перемешать.

1) Цефалоспорины 3-го поколения

Цефотаксим Обычная доза для новорожденных и детей младше 12 лет - 50-100 мг/кг массы тела/сут с промежутками введения от 6 до 12 ч

2) Макролиды

Азитромицин

детям - 5-10 мг/кг 1 раз/сут. Продолжительность приема 2-5 дней.

Симптоматическая терапия:

Противорвотное : Младенцы и дети до 12 лет: 0.25-0.5 мг домперидона (0.25-0.5 мл суспензии) на 1 кг массы тела 3-4 раза/сут. Максимальная суточная доза - 2.4 мг/кг, но не более 80 мл (80 мг). Для определения дозы следует использовать шкалу массы тела ребенка "0-20 kg" на шприце.

Нпвп (при температуре выше 38'C)Ибупрофен В возрасте от 6 до 12 мес – в среднем 50 мг от 3 до 4 раз за день

После прекращения диареи

Пробиотики- Бифидумбактерин, Лактобактерин.

Пребиотики -лактоулоза ,Хилак форте

7 Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Текущая и заключительная дезинфекцию и наблюдение за контактными в теч 7 дней

Специфической проф не разработано

Больных выписывают после полного клинического выздоровления, нормализации стула и температуры тела, а также однократного бактериологического исследования кала, которое проводят не ранее чем через 2 дня после окончания лечения.

Федеральный закон « Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», основные положения.

- 1) доступность для граждан профилактических прививок;
- 2) бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь
- 3) профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- 4) социальную поддержку граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;
- 5) разработку и реализацию федеральных целевых программ и региональных программ; использование для осуществления иммунопрофилактики эффективных иммунобиологических лекарственных препаратов;
- 6) государственный контроль качества, эффективности и безопасности иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;
- 7) поддержку научных исследований в области разработки новых иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;
- 8) обеспечение современного уровня производства иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;

1. Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

- получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;
- выбор медицинской организации или индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
- бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения;
- бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения;
- социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений;
- отказ от профилактических прививок.

2. Отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации