



ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ



- Проверила: Аманкулова Ж.С
- Выполнила: Ботан С.М
- Группа: ВОП 709-2



ПЛАН:

- * Введение
- * Основная часть:
 - I. Острые кишечные (бактериальные) инфекции
 - II. Жалобы и анамнез
 - III. Дифференциальная диагностика
 - IV. Диагностика
 - V. Лечение
- * Заключение



- ❑ Острые кишечные инфекции занимают второе место после острых респираторных вирусных инфекций и являются абсолютными лидерами среди летних заболеваний, при этом 60-70% среди заболевших составляют дети. Заболеваемость резко возрастает в летнее время года, благоприятное для размножения многих патогенных микроорганизмов, и способствует этому множество факторов.



- Возбудителями кишечных инфекций у детей могут являться многие микроорганизмы: сальмонеллы, шигеллы, вызывающие дизентерию, патогенные штаммы кишечной палочки, холерный вибрион, стафилококки, иерсинии, кампилобактер, ротавирусы и многие другие. Во внешнюю среду они попадают с испражнениями, рвотными массами, иногда мочой больных людей или носителей. Большинство микроорганизмов очень живучи во внешней среде и могут длительно сохраняться на различных предметах (посуде, мебели, дверных ручках), а также в почве и воде, особенно в летнее время. В организм инфекция попадает фекально-оральным путем, то есть через рот.





- Наиболее частыми **причинами** заражения кишечными инфекциями являются:
- несоблюдение правил личной гигиены (мытьё рук после посещения туалета, прогулки на улице, перед едой);
- употребление загрязненной некипяченой воды;
- инфицированные продукты (яйца, молоко, мясо), несоблюдение правил их хранения и приготовления (соприкосновение сырой и готовой продукции, недостаточная термическая обработка);
- инфицированные готовые продукты, не подвергающиеся перед употреблением в пищу дополнительной термообработке: кисломолочные продукты, вареная колбаса, сосиски, торты и пирожные с кремом, салаты, холодец и другие;
- немытые овощи, зелень, ягоды;
- купание в водоеме, загрязненном сточными водами;
- бациллоносители, работающие на пищевых предприятиях, в школьных буфетах, детских садах;
- в детских коллективах имеет значение контактно-бытовой путь передачи - через загрязненные игрушки, посуду, полотенца, руки персонала.





- ▣ **Бактериальные кишечные инфекции** – это группа инфекционных заболеваний человека с энтеральным (фекально-оральным) механизмом заражения, вызываемых патогенными (шигеллы, сальмонеллы и др.) и условно-патогенными бактериями (протей, клебсиеллы, клостридии и др.), характеризующиеся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и проявляющиеся синдромами интоксикации и диареи.



КЛАССИФИКАЦИЯ

По этиологии:

- холера;
- шигеллез;
- сальмонеллез;
- эшерихиоз;
- кампилобактериоз и другие ОКИ, вызванные анаэробными возбудителями;
- *Yersinia enterocolitica*;
- ОКИ, вызванная условно-патогенными микроорганизмами (стафилококками, клебсиеллами, цитробактером, синегнойной палочкой, протеем и др.).


По тяжести

легкая, среднетяжелая и тяжелая формы

По топике поражения ЖКТ

- гастрит;
- энтерит;
- гастроэнтерит;
- гастроэнтероколит;
- энтероколит;
- колит.

По течению

- острое (до 1 месяца);
 - затяжное (1- 3 месяца);
 - хроническое (свыше 3х месяцев).
- 

▣ **Жалобы:**

- лихорадка;
- тошнота, рвота;
- вялость;
- боли в животе;
- жидкий стул 3 раза и более раз в течение суток;
- метеоризм.

- ▣ **Эпидемиологический анамнез:** употребление некачественных продуктов; сообщения о локальных вспышках кишечных инфекций, в том числе о пребывании в других стационарах; члены семьи или детского коллектива имеют похожие симптомы.

Анамнез заболевания:

Наличие симптомов интоксикации, лихорадки, явления гастрита, гастроэнтерита, энтероколита, колита.



▣ **Синдром общей интоксикации:**

- нарушение общего состояния;
- лихорадка;
- слабость, вялость;
- снижение аппетита;
- рвота;
- тошнота;
- обложенность языка.

Диспепсический синдром:

- тошнота, рвота, приносящая облегчение, связанная с приемом пищи, у детей раннего возраста упорные срыгивания;
- появление патологического стула при энтерите — обильного, без запаха, с неперевааренными комочками, возможно с зеленью, при колите: скудный жидкий стул со слизью, зеленью, прожилками крови;
- урчание по ходу тонкого и/или толстого кишечника;
- метеоризм;
- раздражение кожи вокруг ануса, на ягодицах, промежности.



□ Болевой синдром:

- при гастрите - боли в верхних отделах живота, преимущественно в эпигастрии;
- при энтерите - постоянные боли в околопупочной области или по всему животу;
- при колите - боли в области сигмовидной кишки.

Эксикоз:

- признаки обезвоживания организма в виде сухости слизистых оболочек и кожи, жажды или отказа от питья, снижения эластичности кожи и тургора тканей, наличия запавших глаз;
- западение большого родничка (у детей грудного возраста);
- нарушение сознания;
- снижение массы тела;
- уменьшение диуреза.



▣ **Нейротоксикоз:**

- лихорадка, плохо отвечающая на жаропонижающие препараты;
- появление рвоты, не связанной с приемом пищи и не приносящей облегчение;
- судороги;
- нарушение периферической гемодинамики;
- тахикардия.

Синдром обменных (метаболических) нарушений:

- признаки гипокалиемии - мышечная гипотония, адинамия,
- гипорефлексия, парез кишечника;
- признаки метаболического ацидоза - мраморность и цианоз кожных покровов, шумное токсическое дыхание, спутанность сознания.



Холера

Боль в животе не характерна. Стул водянистый, цвет рисового отвара без запаха, иногда с запахом сырой рыбы. Рвота появляется после диареи. Быстрое развитие эксикоза. Интоксикация незначительная или отсутствует, нормальная температура тела.

Сальмонеллез

Водянистый стул с неприятным запахом, часто с примесью зелени и цвета болотной тины. Длительная лихорадка, гепатоспленомегалия.

Кишечный персониоз

Длительная лихорадка. Интенсивные боли вокруг пупка или правой подвздошной области. Обильный, зловонный, нередко с примесью слизи и крови стул. В общем анализе крови лейкоцитоз с нейтрофилезом.

ОКИ, вызванная условно-патогенными микроорганизмами

Основными вариантами поражения желудочно-кишечного тракта у детей старше года являются гастроэнтерит и энтерит, реже — гастроэнтероколит, энтероколит. У детей первого года жизни клиника зависит от этиологии и сроков инфицирования. У больных первого года жизни кишечная форма нередко сопровождается развитием токсикоза и эксикоза I—II степени. Диарея преимущественно секреторно-инвазивного характера.

Шигеллез

Симптомы интоксикации, частый, скудный, с большим количеством мутной слизи, нередко – зелени и крови жидкий стул.

ЭПЭ:

ранний возраст ребенка; постепенное начало;
нечастая, но упорная рвота; метеоризм;
обильный водянистый стул;

ЭТЭ:

Начало болезни, как правило, острое, с появления повторной рвоты, «водянистой» диареи.

Энтеропатогенные эшерихии (ЭПЭ)

Энтероинвазивные эшерихии (ЭИЭ)

Энтеротоксигенные эшерихии (ЭТЭ)

Температура тела чаще всего в пределах нормы или субфебрильная. Испражнения лишены специфического калового запаха, патологические примеси в них отсутствуют, напоминают рисовый отвар. Быстро развивается эксикоз.

ЭИЭ:

у детей старшего возраста заболевание начинается, как правило, остро, с подъема температуры тела, головной боли, тошноты, нередко — рвоты, умеренных болей в животе. Одновременно или через несколько часов появляется жидкий стул с патологическими примесями.

КРИТЕРИИ ВОЗ и ESPGHAN/ESPID (2008, 2014):

ОЦЕНКА ДЕФИЦИТА ЖИДКОСТИ У РЕБЕНКА ПО ВОЗ

| Степень дегидратации | Дефицит жидкости в % по отношению к массе тела | Дефицит жидкости в мл/кг массы тела |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| Нет признаков обезвоживания | <5% | <50 мл/кг |
| умеренная степень обезвоживания | 5-10% | 50-100 мл/кг |
| Обезвоживание в тяжелой форме | >10% | >100 мл/кг |



| Признак | Баллы | | |
|-----------------------|--------------------------|--|------------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Внешний вид | Нормальный | Жажда, беспокойство, раздражительнос ть | Вялость, сонливость |
| Глазные яблоки | Не запавшие | Слегка запавшие | Запавшие |
| Слизистые оболочки | Влажные | суховатые | Сухие |
| Слезы | Слезотделение в норме | Слезотделение снижено | Слезы отсутствуют |



ТЯЖЕСТЬ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПО ИВБДВ у ДЕТЕЙ до 5 ЛЕТ

| | Нет обезвоживания | Умеренное обезвоживание | Тяжелое обезвоживание |
|--------------------------------|---|--|---|
| Наличие двух и более признаков | Нет двух признаков умеренного обезвоживания | <ul style="list-style-type: none">• беспокойство или повышенная раздражимость;• запавшие глаза;• кожная складка расправляется медленно (до 2 с);• ребенок пьет с жадностью. | <ul style="list-style-type: none">• заторможенность/пониженный уровень сознания;• пьет плохо, или не может пить;• западение глазных яблок;• очень медленное расправление кожной складки (более 2 с). |

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ЭКСИКОЗА

| Симптомы | Степень эксикоза | | |
|-------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Стул | нечастый | до 10 раз в сутки, энтеритный | частый, водянистый |
| Рвота | 1-2 раза | повторная | многократная |
| Общее состояние | средней тяжести | от средней тяжести до тяжелого | тяжелое |
| Потеря массы тела | до 5% (> 1 года до 3%) | 6-9% (> 1 года до 3-6%) | более 10% (> 1 года до 6-9%) |
| Жажда | умеренная | резко выраженная | может отсутствовать |

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Тургор тканей | сохранен | складка расправляется медленно (до 2 с.) | складка расправляется очень медленно (более 2 с.) |
| Слизистая оболочка | влажная | суховата, слегка гиперемированная | сухие, яркие |
| Большой родничок | На уровне костей черепа | слегка запавший | втянут |
| Глазные яблоки | норма | западают | западают |
| Тоны сердца | громкие | слегка приглушены | Приглушены |
| Артериальное давление | нормальное или слегка повышено | систолическое нормальное, диастолическое повышено | снижено |
| Цианоз | нет | Умеренный | резко выражен |
| Сознание, реакция на окружающих | норма | Возбуждение или сонливость, вялость | Летаргичный или без сознания |
| Реакция на боль | выражена | Ослаблена | отсутствует |
| Голос | норма | Ослаблен | часто афония |
| Диурез | сохранен | Снижен | Значительно снижен |
| Дыхание | норма | умеренная одышка | токсическое |
| Температура тела | норма | часто повышена | часто ниже нормы |
| Тахикардия | нет | Умеренная | выражена |

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ▣ ОАК – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ;
 - копрограмма: наличие непереваренной клетчатки, слизи, лейкоцитов, эритроцитов, нейтральных жиров;
 - бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка и кала выделение патогенной/условно патогенной флоры.

Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования:

- б/х анализ крови: концентрация электролитов в сыворотке крови, мочевины, креатинин, остаточный азот, общий белок (при обезвоживании);
- коагулограмма (при ДВС-синдроме);
- бактериологическое исследование крови и мочи – выделение патогенной/условно патогенной флоры;
- РПГА (РНГА) крови со специфическими антигенными диагностикумами – нарастание титров антител при повторной реакции в 4 и более раза.
- ПЦР – определение ДНК кишечных инфекций бактериальной этиологии.



ЛЕЧЕНИЕ (АМБУЛАТОРИЯ)

- На амбулаторном уровне лечение получают дети с легкой и среднетяжелой формой (дети старше 36 месяцев) ОКИ бактериальной этиологии.

Принципы лечения больных с ОКИ включает: режим, регидратацию, диету, средства патогенетической и симптоматической терапии.

В случае неэффективности амбулаторного лечения или его невозможности рассматривается вопрос о госпитализации ребенка в профильный стационар.

Немедикаментозное лечение:

- режим полупостельный (в течение всего периода лихорадки);
- диета – в зависимости от возраста ребенка, его предпочтений в еде и привычек питания до начала болезни;
- детей на грудном вскармливании следует кормить грудным молоком так часто и так долго, как им хочется;
- детей, находящихся на искусственном вскармливании, продолжить кормить обычным для них питанием;
- детям в возрасте от 6 месяцев до 2 лет – стол №16, от 2 лет и старше – стол №4;

▣ **Медикаментозное лечение**

Для купирования гипертермического синдрома выше 38,5⁰С:

- парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот.

▣

При диарее без обезвоживания – план А:

- чаще кормить грудью и увеличить длительность каждого кормления, если ребенок на исключительно грудном вскармливании, давать дополнительно ОРС или чистую воду помимо грудного молока.
- если ребенок на смешанном или искусственном вскармливании, давать следующие жидкости в любом сочетании: раствор ОРС, жидкую пищу (например, суп, рисовый отвар) или чистую воду.
- Объясните матери, сколько жидкости необходимо давать дополнительно к обычному приему:
 - до 2 лет 50-100 мл после каждого жидкого стула;
 - 2 года и старше 100-200 мл после каждого жидкого стула.
- Продолжать кормление;
- Посоветуйте матери немедленно вновь доставить ребенка в больницу, если у него появится любой из перечисленных ниже признаков:
 - не может пить или сосать грудь;
 - состояние ребенка ухудшается;
 - появилась лихорадка;
 - у ребенка кровь в стуле или он плохо пьет.



▣ **При диарее с умеренным обезвоживанием – план Б:**

- объем необходимого ОРС (в мл) можно рассчитать, умножая массу ребенка (в кг) на 75.
- поить рассчитанным объемом жидкости в течение 4 часов.
- если ребенок с охотой пьет раствор ОРС и просит еще, можно дать больше, чем рекомендованное количество. Следует продолжать грудное кормление по желанию ребенка. Младенцам на искусственном вскармливании в первые 4 часа питание отменяют и проводят оральную регидратацию.
- через 4 часа вновь оцените состояние ребенка и определите статус гидратации: если сохраняются 2 и более признаков умеренного обезвоживания, продолжайте план Б еще 4 часа и дайте питание по возрасту.
- при отсутствии эффекта от оральной регидратации в амбулаторных условиях больного направляют на стационарное лечение.
- с заместительной целью для коррекции экзокринной недостаточности поджелудочной железы панкреатин 1000 ЕД/кг/сут во время еды в течение 7-10 дней.
- с целью этиотропной терапии ОКИ: азитромицин в первый день 10 мг/кг, со второго по пятый день по 5 мг/кг один раз в сутки внутрь;
- детям старше шести лет – ципрофлоксацин 20 мг/кг/сутки в два приема внутрь в течение 5-7 дней.



▣ **Дальнейшее ведение :**

- выписка в детский коллектив при клиническо-лабораторном выздоровлении;
- однократное бактериологическое обследование реконвалесцентов после дизентерии и при других острых диарейных инфекций проводится после клинического выздоровления, но не ранее двух календарных дней после окончания антибиотикотерапии;
- при рецидиве заболевания или положительном результате лабораторного обследования, лица, переболевшие дизентерией, вновь проходят лечение. После окончания лечения, эти лица в течение трех месяцев ежемесячно проходят лабораторное обследование. Лица, у которых, бактерионосительство продолжается более трех месяцев, подвергаются лечению как больные с хронической формой дизентерии;
- лица с хронической дизентерией состоят на диспансерном наблюдении в течение года. Бактериологические обследования и осмотр врачом-инфекционистом лиц с хронической дизентерией проводится ежемесячно;
- детей, продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения, лечащий врач отстраняет от посещения организации дошкольного воспитания на пятнадцать календарных дней, в этот период проводят трехкратное исследование кала с интервалом один-два дня. При повторном положительном результате такой же порядок отстранения и обследования повторяют еще в течение пятнадцати дней.

