



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.

