

Кишкові інфекції.

Колі – інфекція. Поліомієліт.

Вірусний гепатит

Кишкові інфекції

Гострі кишкові інфекції — велика поліетіологічна група захворювань, які спричинюються грамнегативними бактеріями, що належать до родини *Enterobacteriaceae*. Ці хвороби виникають внаслідок потрапляння в організм мікробів із забрудненими харчовими продуктами, водою і через брудні руки. Рівень захворюваності ГКІ в дітей у 2,5-3 рази вищий, ніж у дорослих, при цьому половина зареєстрованих випадків захворювань припадає на дітей раннього віку (до 3 років).

Актуальність

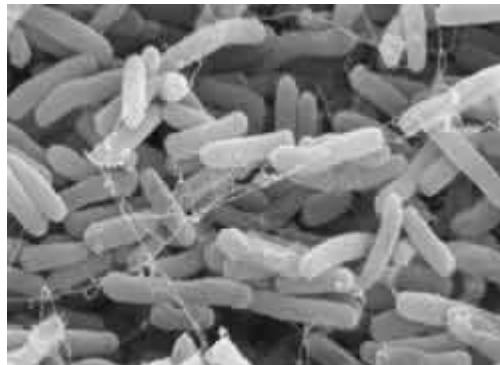
- Кожного року в Україні офіційно реєструється 45-50 тис. випадків ГКІ серед дітей.
- Нерідко захворювання спостерігається у вигляді спалахів.
- Серед дітей, померлих від інфекційних причин, ГКІ займають перше місце.
Їх питома вага при цьому складає 30-35 %.



Класифікація гострих кишкових інфекцій

Відповідно до класифікації ВООЗ усі інфекційні діареї поділяються на:

- інвазивні (викликаються бактеріями: шигели, сальмонели, ешеріхії) та
- секреторні (викликаються ротавірусами, аденовірусами).



Чинники, що сприяють розвитку захворювання:

1. Ранній вік дитини.
2. Ослаблений організм різними захворюваннями.
3. Недоношеність
4. Порушення санепід режиму.
5. Сприятлива пора року

Основні клінічні прояви ГКІ:

- Всі ГКІ незалежно від збудника мають інкубаційний період від декількох годин до 7 днів (залежно від віку дитини, та кількості збудника потрапившого у організм), клінічно проявляються **трьома** основними синдромами:
- **інтоксикаційний синдром** (лихоманка, кволість, сонливість, головний біль, блювання, пронос, біль у животі);
- **ураження ШКТ.**
- болі у животі, тенезми.
- урчання у кишковику та метеоризм.
- нудота та блювота.
- діарея з домішками слизу, крові, неперетравленої їжі.
- **зневоднення - ексикоз** (спрага, сухість шкіри, зниження її тургору та еластичності, западіння великого тім'ячка у дітей грудного віку, зниження діурезу).

Диференціально- діагностичні прояви гострих кишкових інфекцій

Дизентерія	Сальмонельоз	Ешерихіоз
<p>1. Переймоподібні болі у животі, більше зліва.</p> <p>2. спазми сігми</p> <p>3.тенезми.</p> <p>4. відкритий анус та навіть випадіння прямої кишки.</p> <p>5. випорожнення у вигляді ректального пювка зі слизом, кров'ю та іноді з гнієм.</p>	<p>1. виражена інтоксикація.</p> <p>2.випорожнення по типу болотного багатиння, водянисті, піняться та мають дуже неприємний запах.</p>	<p>1.випорожнення у великій кількості, розбризкуються, дуже водянисті, мають світло-жовтий або помаранчевий колір, багато слизу.</p> <p>2.дитина часто зригує та блює.</p> <p>3.дуже швидко , за декілько годин розвивається зневоднення.</p>

Виразений метеоризм у дитини



Токсикоз з ексикозом

Мармуровість шкірних покривів



Зниження еластичності шкіри

Лабораторна діагностика ГКІ

- Встановити етіологію ГКІ можна за допомогою бактеріологічних, вірусологічних та серологічних методів діагностики.
- У практичній медицині найширше використовують бактеріологічний посів калу для виявлення бактерій родів *Shigella*, *Salmonella*, *E. coli* та умовно-патогенної флори кишечника
- Крім того, загальноклінічні обстеження: загальний аналіз крові (з визначенням гематокриту) та сечі, біохімічний аналіз крові, копрограма та аналіз калу на дисбактеріоз.

Терапія гострих кишкових інфекцій

- регідратаційна,
- антибактерійна,
- допоміжна (ентеросорбенти, пробіотики)
- дієтотерапія.



Першочерговою і найважливішою ланкою у лікуванні ГКІ є своєчасна й адекватна регідратаційна терапія. Раннє й адекватне її застосування – головна умова швидкого й успішного лікування.

Таблиця 1. Тяжкість зневоднювання за клінічними ознаками (враховуються дві ознаки чи більше)

Ознаки	Легкий (I ступінь)	Середньої тяжкості (II ступінь)	Тяжкий (III ступінь)
Втрата маси тіла:			
Діти віком до 3 років	3-5%	6-9%	10% і більше
Діти віком 3-14 років	До 3%	До 6%	До 9%
Загальний стан	Занепокоєння	Занепокоєння або сонливість	Млявість, сонливість
Спрага	П'є жадібно	П'є жадібно	Не п'є
Тім'ячко	Не змінене	Злегка запале	Запале
Очні яблука	Не змінені	М'які	Дуже запалі
Слизова порожнина рота	Волога	Злегка суха	Суха
Шкірна складка	Зникає відразу	Розгладжується повільно	Може розгладжуватися повільно (> 2 с) чи не розгладжується взагалі
Артеріальний тиск	Норма	Знижений	Значно знижений
Діурез	Збережений	Знижений	Значно знижений, до 10 мл/кг/добу

Оральна регідратація

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, розчин для оральної регідратації повинен відповідати наступним вимогам:

- натрій – 60 ммоль/л;
- калій – 20 ммоль/л;
- бікарбонати – 10 ммоль/л;
- глюкоза – 110 ммоль/л;

Перший етап – регідратаційна терапія, яку здійснюють протягом 4-6 годин для відновлення об'єму втраченої рідини. При дегідратації **легкого ступеня** тяжкості він становить **30-50 мл/кг**, **середньої тяжкості** – **60-100 мл/кг**.

Швидкість введення рідини перорально становить **5 мл/кг/год**

Критерії ефективності I етапу (оцінюється через 4-6 годин): зникнення спраги, покращання тургору тканин, зволоження слизових оболонок, збільшення діурезу, зникнення ознак порушення мікроциркуляції.

Другий етап – підтримуюча терапія проводять залежно від втрат рідини.

Дитині кожні 6 годин вводять стільки рідини скільки вона втратила за попередні 6 год.

Об'єм розчину діти віком **до 2 років – 50-100 мл**,
діти віком **від 2 років – 100-200 мл** .

- розчин для оральної регідратації можна чередувати з фруктовими чи овочевими відварами без цукру. В умовах стаціонару у разі відмови дитини від пиття або за наявності блювання застосовують зондову регідратацію яку можна проводити безперервно краплинно за допомогою системи для внутрішньовенного введення, з максимальною швидкістю 10 мл/хв.

В лікуванні ГКІ застосовують **сорбенти**, що виводять з просвіту кишечника токсичних речовин, газів і навіть збудників: смекту, силікс, ентеросгель тощо.

При ГКІ порушується мікробіоценоз кишечника, що потребує призначення **пробіотиків**, серед яких найчастіше застосовують Ентерол-250, біфі-форм, лактовіт форте, біфацил, йогурт.

Симптоматична терапія полягає у застосуванні в разі потреби жарознижувальних (парацетамол, німесулід, ібупрофен), спазмолітиків (спазмолгон, ріабал, метеоспазмін, но-шпа, папаверин), противоблювотних (церукал, метоклопрамід) препаратів.

Диспансерне спостереження

- За реконвалесцентами - 3 міс.
- Провести 2-4-тижневий підтримуючий курс пробіотиків.
- Дієтичне харчування у період одужання. Дітям до року рекомендується призначати низьколактозні суміші. Харчування має бути частим, невеликими порціями, легкозасвоюваним.
- Харчовий раціон необхідно розширяти поступово.
- Дітям призначають контрольний бактеріологічний посів калу та аналіз калу на дисбактеріоз

Профілактика кишкових інфекцій

- НЕ купувати продукти харчування на стихійних ринках або з рук приватних осіб; та просрочених продуктів
НЕ вживати харчових продуктів та напоїв при найменшій підозрі щодо їх якості;
НЕ використовувати для пиття, приготування їжі та миття посуду воду з незнайомих джерел
- Зберігати продукти харчування тільки відповідно до зазначених на упаковці способу та терміну;
Готувати адаптовані суміші тільки на одне годування.
- Добре мити та кип'ятити пляшечки, соски та пустушки.
- Мити руки перед їжею та годуванням дитини.
- Добре мити та обдавати окропом овочі та фрукти.
- При перших ознаках ГКІ терміново звернутись до найближчої лікувальної установи. Хворого бажано ізолювати від колективу та негайно викликати швидку допомогу.

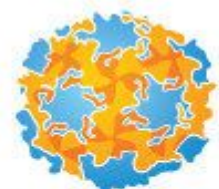
Поліомієліт

Поліомієліт (хвороба Гейне — Медіна) — гостре інфекційне захворювання з ураженням сірої речовини спинного мозку, стовбура головного мозку, внаслідок якого розвиваються парези і паралічі, бульбарні розлади

Полиомиелит – побежденный, но не до конца

Полиомиелит, детский спинномозговой паралич, относится к числу неизлечимых инфекционных заболеваний

Развитие заболевания:



вирус попадает в организм через рот

вирус размножается в кишечнике

Инкубационный период продолжается в среднем

5-12 дней

Вирус поражает нервную систему и в течение нескольких часов может вызвать полный паралич



Полиомиелит поражает, в основном, детей в возрасте до пяти лет. Для взрослых в большинстве случаев вирус не опасен

Симптомы:

- головная боль
- высокая температура
- сильное напряжение мышц шеи
- тошнота
- усталость
- боль в конечностях

Число случаев заболевания полиомиелитом:



В одном из **200** случаев инфицирования развивается необратимый паралич (обычно ног)



Постоянные очаги полиомиелита сохранились лишь в **4 странах:**

- Афганистан
- Индия
- Нигерия
- Пакистан



Полиомиелит неизлечим, но его можно предупредить. Единственный надежный способ борьбы с полиомиелитом – **вакцинация**. В России прививка от полиомиелита входит в число обязательных с начала **1960-х гг.**

□ Збудник поліомієліту належить до ентеровірусів та існує у вигляді 3 незалежних типів (I, II і III). Стійкий у зовнішньому середовищі (у воді зберігається до 100 діб, у випорожненнях — до 6 міс), добре переносить замороження, висушування. Не руйнується травним соком та антибіотиками. Гине при кип'ятінні, під впливом ультрафіолетового опромінення та дезінфікуючих засобів.



Епідеміологія

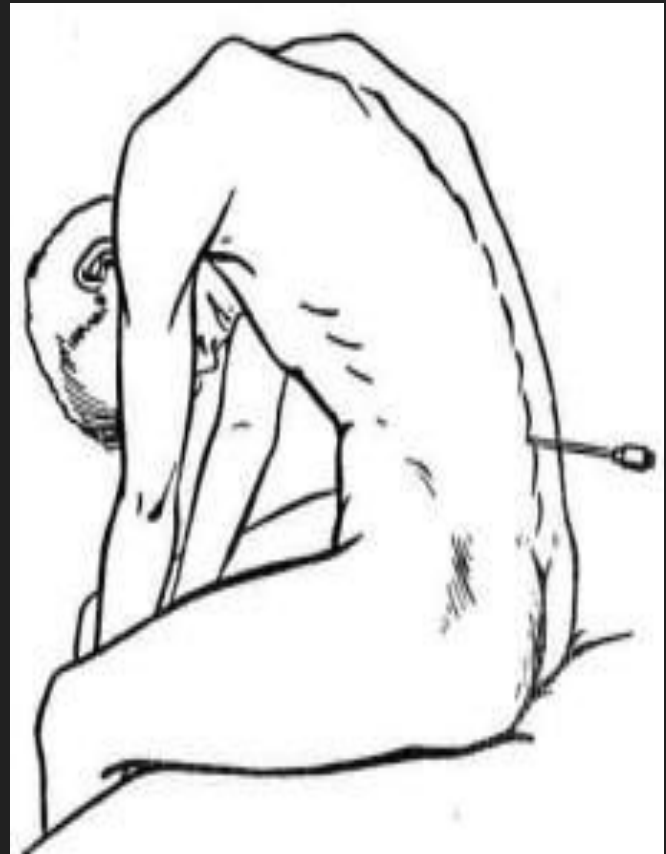
- Шляхи зараження
 - Повітряно-крапельний
 - Через брудні руки, їжу
 - Переноситься мухами
- Захворюваність поліомієлітом переважає у літньо-осінні місяці. Частіше хворіють діти від 6 місяців до 5 років.
 - Перенесене захворювання залишає після себе стійкий, типоспецифічний імунітет.
 - Джерелом інфекції є хвора дитина та здоровий носій вірусу

Клінічна картина

- Гарячка
- Катаральні явища
- порушення стулу
- висипка
- пітливість
- порушення сечовиділення
- біль у м'язах
- гемодинамічні порушення
- Ціаноз кінцівок
- Коливання АТ
- Задишка
- Парези, параліч
- Порушення ковтання
- Параліч мимічних м'язів
- Стійкість паралічей
- Менінгіальний синдром

Діагностика

- Кров
- Ліквор
- Матеріал з носоглотки
- Кал



ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РІЗНИХ ПАРАЛІТИЧНИХ ФОРМ ПОЛІОМІЄЛІТУ

Спинальна форма	Понтінна форма	Бульварна форма	Змішана форма
<p>1. Вражаються м'язи кінцівок, спини, шії, міжреберні та діафрагмальні м'язи</p> <p>2. Найбільш тяжко протікають ті випадки, коли у процес втягуються міжреберні та діафрагмальні м'язи, та порушується процес дихання.</p>	<p>1. Зумовлено ураженням ядер лицьового нерву.</p> <p>2. Відмічається амімія ураженої половини обличчя, не змиканням очної щілини, відсутністю слизотечі, збереженням смаку та чутливості обличчя.</p>	<p>1. Сама тяжка форма.</p> <p>2. Протікає гостро з коротким препаралітичним періодом або без нього.</p> <p>3. Порушення життєво важливих функцій та розвитком станів які загрожують життю (порушення ковтання, закупорка ВДШ слизом, ураження дихального та серцево-судинного центрів).</p> <p>4. Часто буває летальний кінець.</p>	<p>1. Характеризується поєднанням декількох паралітичних форм (понто-спинальна, бульбарно- спинальна, бульбо-понтоспинальна).</p>

Лікування

- Ліжковий режим
- Обов'язкова госпіталізація
- Знеболювальні
- Заспокійливі засоби
- Комплексне відновлювальне лікування
- При порушеннях дихання – засоби, спрямовані на відновлення
- Санітарно-курортне лікування

Профілактика

- Вакцинація
- Наказ МОЗ України від 11.08.2014 № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні»

Проводять за календарем щеплення триразове з інтервалом в 1 місяч одночасно з щепленням вакциною АКДП. У віці 2 і 4 місяч вакцину вводять в/м. У 6 місяч закачують під язик. Ревакцинацію проводять у віці 18 місяч 6 і 14 років.



Ускладнення

- Пневмонія
- Ателектаз легень
- Міокардит
- Гіпертрофія шлунку
- Важкі шлунково-кишкові порушення з кровотечами, виразками, прободіннями

Вірусні гепатити у дітей



Вірусні гепатити -

це гострі інфекційні захворювання, викликаються особливими гепатотропними вірусами, характеризуються ураженням в першу чергу тканини печінки, а також інших органів і систем.

У дітей діагностовано:

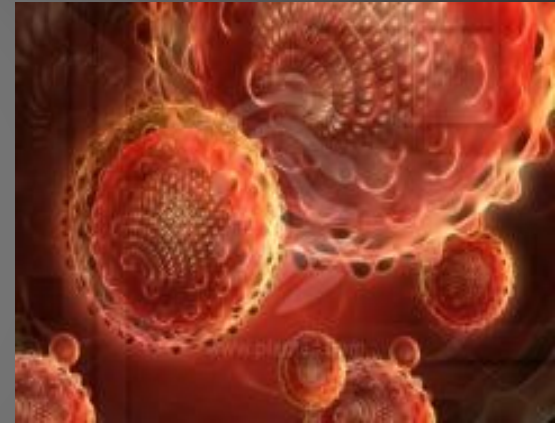
● ВГА – у 96,3%

● ВГВ – у 2,7%

● ВГС – у 1%

Етіологія вірусних гепатитів:

1. Вірус гепатиту А (ВГА)
2. Вірус гепатиту В (ВГВ)
3. Вірус гепатиту С (ВГС)
4. Вірус гепатиту Д (ВГД)
5. Вірус гепатиту Е (ВГЕ)



Форми вірусних гепатитів

1. жовтянична
2. безжовтянична
3. субклінічна

Перебіг вірусних гепатитів та ступіні важкості

1. гострий
2. затяжний (підгострий)
3. хронічний.
4. легкий
5. середньої важкості
6. важкий
7. дуже важкий.

Вірусний гепатит А

- Джерело інфекції – хвора людина
- Механізм передачі – фекально-оральний
- Сприйнятливість – висока
- Імунітет - стійкий

Перебіг ВГА:

1. Інкубаційний період – 7-50 днів
2. Продромальний період(переджовтяничний) – 1-2 тижні:
 - *диспенсичний варіант*
 - *астеновегетативний варіант*
 - *грипоподібний варіант*
 - *артралгічний варіант*
3. Жовтяничний період (період розпалу) – 2-3 тижні
4. Період реконвалесценції

Висновки за перебігом ВГА у дітей:

1. ВГА хворіють переважно діти дошкільного та молодшого шкільного віку (3-7 років)
2. Захворювання характеризується вираженою сезонністю, з піком випадків у жовтні - грудні.
3. У діагностиці важливе значення має сімейний контакт, контакт у дитячих установах і школах.
4. ВГА у дітей має циклічний перебіг з повним одужанням без хронізації процесу і летальних випадків
5. Особливістю перебігу ВГА у дітей є переважання безжовтяничних форм, тим частіше, чим молодша дитина.

Вірусний гепатит В

- Джерело інфекції – хворі та носії
- Шляхи передачі:
 1. парентеральний
 2. статевий
 3. вертикальний
- Сприйнятливість - висока

Перебіг ВГВ у дітей:

1. Інкубаційний період – 1.5 – 6 міс.
2. Продромальний період – 1 міс і більше:
 - *диспепсичний синдром*
 - *астеновегетативний*
 - *шкірний*
3. Жовтяничний період – до 1 міс.
4. Період реконвалесценції

Особливості ВГВ у дітей:

- Тривалий інкубаційний період від 1.5 міс. до 6 міс. Чим молодша дитина, тим коротший інкубаційний період.
- У дітей гепатит В нерідко характеризується хронізацією процесу, розвитком цирозу печінки, а важких випадках розвитком печінково-клітинної недостатності із летальним кінцем.
- Це захворювання не завжди має чіткі прояви періодів і протікає в безжовтяничній формі, нерідко безсимптомно: руйнування печінки йде, а дитина почуває себе добре.
- У дітей до року вірусний гепатит В може протікати при задовільному стані, нормальній температурі, незначною гепатомегалією, що ускладнює діагностику.
- Клінічна картина більш важка, жовтяниця більш тривала. Наслідки не завжди сприятливі.

Клінічні дослідження:

1. Загальний аналіз крові – помірна лейкопенія, лімфоцитоз.
2. Загальний аналіз сечі – підвищення рівня жовчних пігментів, уробіліну.
3. Підвищення активності АлАТ, АсАТ у 5–20 разів.
4. Підвищення загального білірубіну
5. Зниження протромбінового індексу,
6. Зниження рівня загального білка
7. Визначення маркерів вірусних гепатитів.



Лікування ВГ:

1. Госпіталізація
2. Ліжковий режим
3. Дієтотерапія
4. Дезінтоксикаційна терапія
5. Спазмолітики
6. Гепатопротектори
7. Жовчогінні
8. Симптоматична терапія

При ВГВ:

9. Глюкокортикоїди
10. Протівірусні (препарати інтерферону)



Профілактика та заходи в осередку:

1. Раннє виявлення та ізоляція хворих
2. Термінове повідомлення в СЕС
3. Спостереження за контактними:
 - ВГА— 35 днів
 - ВГВ— 6 місяців
4. В епідосередку ВГА:
 - донорський імуноглобулін у перші 7-10 днів поточна і заключна дезінфекція
5. Користування мед. інструментарію одноразового застосування

Специфічна профілактика:

- Вакцини проти ВГВ:

“Енджерикс-В”, “Н-В-VAХ ІІ”.

Вакцинації для профілактики ГВ підлягають усі новонароджені. Для вакцинації дітей використовується вакцина за схемою: 0 (перша доба)—1—6 місяців життя дитини.

Домашнє завдання для самостійної роботи:

1. Сальмонельоз. Дизентерія. Чинні накази МОЗ України щодо протоколів лікування гострих кишкових інфекцій.
2. ВІЛ – інфекція/ СНІД.