

КОПИТИЧЕСКИИ СИНДРОМ ПРИ ШИГАЛЛЕЗЕ

Выполнил: Бердыханов С. 6/112 гр.

Проверила: Адильбекова Б.Б.

Астана 2016

Шигеллез

- Инфекционное заболевание вызываемое бактериями рода Шигелл, с фекально-оральным механизмом передачи.
- Клинически характеризуется развитием синдрома интоксикации и колитического синдрома.

ЭТИОЛОГИЯ.

Грамотрицательные, неподвижные палочки, относятся к факультативным анаэробам. Выделяют четыре подгруппы шигелл.

Подгруппа	Вид	Серовары	Старое название	Экзотоксин
A	Sh. dysenteria	1 - 12	Григорьева-Шига (Sh. dysenteria 1)	Экзотоксин
			Штуцера-Шмитца (Sh. dysenteria 2)	
			Лардж-Сакса (Sh. dysenteria 3-7)	Экзотоксин
B	Sh. Flecsneri	1 – 6 X и Y варианты	Ньюкастла (Sh. Flecsneri)	Экзотоксин
C	Sh. boydij	1 - 18		
D	Sh. sonnei			Экзотоксин

Эпидемиология

Источник инфекции – больной или носитель.

Наибольшей контагиозностью обладают:

- шигеллы погруппы **A**;
- шигеллы **Флекснера** (min. инфицирующая доза – 100 микробных тел);
- для **других видов шигелл** - доза на один-два порядка выше.

▣ **Механизм передачи** - фекально-оральный.

▣ **Пути передачи:**

▣ **Контактно-бытовой**

▣ **Алиментарный путь**

▣ **Водный путь**

▣ **Восприимчивый возраст – дети от 2-7 лет.**

Сезонность – летне-осенний период.

Иммунитет – типоспецифический.

Патогенез

□ Фаза токсинемии:

1. токсины способствуют развитию ваготонии.
2. в кишечнике - вызывают спазм сосудов с развитием циркуляторных расстройств и местного геморрагического синдрома.

□ Энтеральная фаза (выделяют тонко- и толстокишечную фазы).

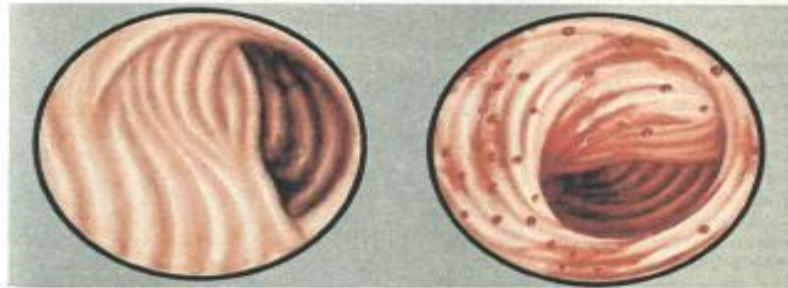
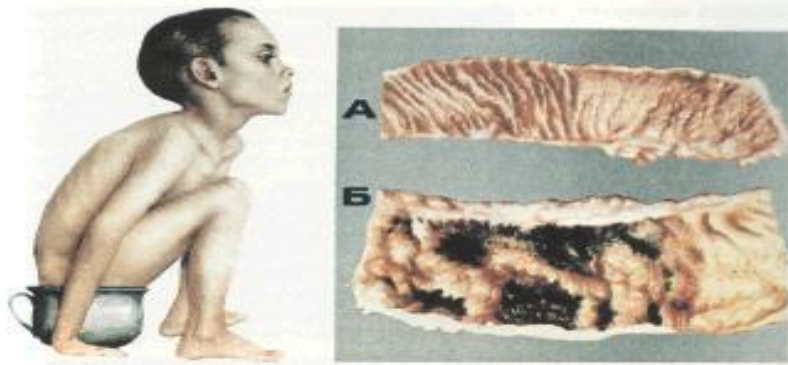
1. Тонкокишечная фаза – 2-3 дня.
2. Толстокишечная фаза – развитие «инвазивной диареи».

Патоморфология дистального колита

Морфологическое выздоровление наступает через месяц с момента клинико-лабораторного выздоровления.

- **Катаральный** – отек, гиперемия, подслизистые точечные кровоизлияния, редко - мелкие эрозии. Иногда подобные изменений могут быть на слизистой тонкой кишки.
- У детей **1-ого года жизни** – гиперемия, отек, гиперплазия солитарных фолликулов с зоной гиперемии.
- **Катарально-эрозивный** – гиперемия, отек, мелкие эрозии, мутная слизь.
- **Фибринозный** – диффузное воспаление слизистой с обширными рыхлыми желтовато-серыми пленчатыми наложениями.
- **Дифтеритический** – уплотнение, утолщение и пропитывание кровью всей слизистой оболочки с обширными грязно-серыми тусклыми налетами фибрина.
- **Язвенный** - обычно возникает в исходе тяжелой формы. Язвы нередко покрыты фибринозным или некротическим налетом.

Шигеллез



Классификация

Тип	Тяжесть	Течение
Типичные формы	Легкая Среднетяжелая Тяжелая: А - с преобладанием симптомов токсикоза; Б - с преобладанием местных нарушений; В - смешанная.	<u>А. По характеру:</u> Гладкое. Негладкое: - с осложнениями; - с наложением вторичной инфекции; - с обострением хронических заболеваний.
	Атипичные формы: ✓ - бессимптомная, ✓ - стертая, ✓ - транзитное бактерионосительство, ✓ - диспептическая, ✓ - гипертоксическая.	<u>Б. По длительности:</u> Острое (до 1 месяца). Затяжное (до 3 месяцев). Хроническое (свыше 3 месяцев)

Клиника (инкубационный период 6-8 часов – 7 дней)

Синдром интоксикации (3-5 дней).

Дисфункция кишечника появляется в первые 2-3 часа от начала болезни и нарастает к 3-4 дню:

- втяжение живота; тенезмы, ложные позывы;
- спазм сигмовидной кишки;
- податливость ануса, сфинктерит;
- оскуднение стула, вплоть до «ректального плевка».

Атипичные формы

- Стертая (к/о стул 1-2 раза в течение 1-2 дней).
- Бессимптомная (в очаге).
- Транзиторное бактериовыделение.
- Диспепсическая (у детей 1-ого года жизни).
- Гипертоксическая.

Особенности клиники

- **Шигеллез Sh. Sonneae** – острое начало с явлениями гастрита или гастроэнтерита (боли в правой половине живота, диарея);
Течение – острое, выздоровление - к 5-7 дню.
- **Шигеллез Sh. Flexneri** – колитический синдром и гемоколит.
Выздоровление - на 7-10 день. Длительное бактериовыделение.
- **Шигеллез Sh. Boydij** – слабо выраженные интоксикационный и колитический синдромы (легкая или стертая форма).
- **Шигеллез Sh. Dysenteria** – клиника первичного нейротоксикоза и выраженного колитического синдрома.

Дифференциальный диагноз

-
- **Амебная дизентерия** (инкубационный период от 2 недель до 3 месяцев)
 1. Постепенное начало с болей в животе и усиленной перистальтики.
 2. У детей раннего возраста начало с повышения температуры тела и диареи.
 3. Стул обильный, каловый, с прозрачной слизью, с резким запахом. **«Малиновое желе»**.
 4. В **копрограмме** – просветные, вегетативные формы и цисты амеб.
 - **Инвагинация** – внезапное начало с рвоты, диареи и приступообразных болей в животе. В дальнейшем уменьшение и исчезновение каловых масс, и увеличение – слизи и крови. Усиление перистальтики выше инвагината.
 - **Эшерихиоз.**
 - **Салмонеллез.**
 - **Аппендицит.**
 - **Аскаридоз.**

Лабораторная диагностика

- **Клиническая**

- Общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма.

- **Идентификация возбудителя**

- Бак. посев кала на шигеллы, салмонеллы, эшерихии – 2-хкратно.
- Бак. посев кала на УПФ.
- Посев промывных вод желудка.
- ПЦР.

- **Серологическая**

- РНГА.
- ИФА.

Копрограмма

Детрит	<ul style="list-style-type: none">☐ Продукт распада - на 50% состоит из бактерий, переваренного эпителия, нерастворимых солей и переваренной клетчатки.☐ Норма - +++, +++++.
Растительная клетчатка	<ul style="list-style-type: none">☐ Непереваренная – должна присутствовать в стуле. Увеличение - усиленная перистальтика.☐ Переваренная – усиленная перистальтика.
Крахмал	<ul style="list-style-type: none">☐ Внеклеточный – усиление бродильных процессов.
Мышечные волокна	<ul style="list-style-type: none">☐ Измененные – нарушена активность кишечных и поджелудочной желез.
Жир	<ul style="list-style-type: none">☐ Увеличение нейтрального жира - нарушение функции поджелудочной и кишечных желез (кишечных токсикозах II-III степени)
Слизь	<ul style="list-style-type: none">☐ Плотные тяжи и комки.☐ Наличие лейкоцитов, чаще полинуклеаров, эритроцитов.

● **Принципы терапии**

- **Госпитализация.**
- **Режим.**
- **Диета.**

- **Регидратационная и дезинтоксикационная терапия.**

- **Этиотропная терапия.**

- **Патогенетическая терапия.**

- **Симптоматическая терапия.**

Показания к госпитализации

Клинические	Эпидемиологические
<ul style="list-style-type: none">▣ Тяжелые формы.▣ Среднетяжелые формы у детей раннего возраста.▣ Осложнения.▣ Неблагоприятный преморбидный фон.▣ Сопутствующие заболевания.	<ul style="list-style-type: none">▣ Из закрытых коллективов.▣ Из многодетных семей.▣ При наличии в семье декретированных лиц.▣ Из семей социального риска.▣ Из летних оздоровительных учреждений.

Диета

- **Детям до 1 года** – стол «Индивидуальный»
- **Детям от 1-4 лет** – водно-чайная пауза на 6 часов,
 - далее кисло-молочные смеси по 50 мл через 2 часа,
 - на 2-й день – 100-150 мл через 3-3,5 часа,
 - с последующим переходом на **стол №16**.
- **Детям старше 4 лет** – после 6-часовой водно-чайной паузы назначают **стол №2** (объем по аппетиту).

Диета

- **В острый период не рекомендуется**

- цельное молоко; каши на цельном молоке;
- ржаной хлеб и ржаные сухари; сдобные хлебобулочные и кондитерские изделия, овсяная крупа;
- йогурты, ряженка, сливки, творожные пасты;
- овощи и фрукты - белокочанная капуста, квашеная капуста, свекла, огурцы, редька, репа, редис, салат, шпинат, виноград, сливы, абрикосы;
- бобовые, грибы, орехи, цитрусовые;
- соленья, копчения, маринады, газированные напитки;
- жирные сорта рыбы, мяса и птицы; крепкие мясные и рыбные бульоны.

Дезинтоксикация и регидратация

I этап – восстановительный.

Глюкозо-солевые растворы - из расчета **50 мл/кг в течение 4-6 часов** от начала лечения

II этап – поддерживающий.

Детям до 2-х лет - по **50 мл** раствора **после каждой дефекации в течение часа.**

Детям старше 2-х лет - по **100-200 мл** – после каждой дефекации в течение часа.

Шаг наблюдения
4-6 часов

Дезинтоксикация и регидратация

- **Растворы глюкозо-солевые** – Регидрон, Цитроглюкосолан, ORS-200.
- **Безсолевые** – отвары шиповника, изюма; вода, чай.
- Отпаивание не должно прекращаться и во время сна.

Дезинтоксикация и регидратация

Если при проведении оральной регидратации возникает рвота - сделать паузу на 15-20 минут.

- **Показатели эффективности оральной регидратации:**
 - снижение температуры тела,
 - уменьшение симптомов интоксикации,
 - увеличение диуреза,
 - уменьшение потерь жидкости со стулом.

Дезинтоксикация и регидратация

Показания для проведения парентеральной регидратации:

- Эксикоз II-III степени.
- Нейротоксикоз.
- Гиповолемический шок.
- ИТШ (при пищевых токсикоинфекциях).
- Сочетание эксикоза (любой степени) с тяжелой интоксикацией.
- Неукротимая рвота.

Энтеросорбенты

Энтеросгель	При легких и среднетяжелых формах детям 1—2 лет — 20 гр., 3—7 лет — 40 гр., 7—12 лет — 60 гр; старше — 80 гр.: в 4 приема. Курс - 3—5 дней.
Фильтрум	<u>При легких формах</u> детям 1—7 лет — по 1 табл. 3 раза, 8—12 лет — 4 раза, старше — по 2 табл. 3 раза/сутки. <u>При среднетяжелых формах</u> суточная доза увеличивается на 1— 2 табл. Курс - 3—5 дней.
Полисорб	100 мг/кг в сутки. Курс - 3-5 дней
Смекта, неосмектин	Назначается в возрастных дозах <u>при легких и среднетяжелых формах</u> . Курс – 3-5 дней.

Этиотропная терапия (курс 5-7 дней)

I группа – «стартовые»

(препараты бактериостатического или бактерицидного действия, плохо всасываются в кишечнике)

Фуразолидон

Невиграмон, Неграм

Нифуроксазид

Эрцефурил

Хлорхиналдол

Неоинтестопан

(6 мес. - 3 года – 15 мг/кг/сутки на 3-4 приема)

II группа – «альтернативные»

(при среднетяжелых и тяжелых формах; при госпитализации в поздние сроки)

Аминогликозиды

(гентамицин, сизомицин, тобрамицин)

Цефалоспорины I-II

поколения

(Цефазолин, цефалотин, цефуроксим)

III группа – «резерв»

(при тяжелых и генерализованных формах)

Цефалоспорины II-III

поколения

(цефтриаксон, цефтазидим, цефаклор, супракс, цефтибутен, цедекс)

Карбопенемы

(меропенем, имипенем)

Фторхинолоны

(офлоксацин, ципрофлоксацин)

Болевой синдром

<p>- связанный с усиленной перистальтикой или спазмом гладкой мускулатуры кишечника</p>	<p>Миотропные спазмолитики – НО-ШПА, дротаверин, папаверин, метеоспазмил.</p> <p>Блокаторы М-холинорецепторов – бускопан, метацин, риабал.</p>
<p>- связанный с повышенным газообразованием</p>	<p>Энтеросорбенты.</p> <p>Ферменты – зимоплекс, панкреофлат.</p> <p>«Пеногасители» – эспумизан, цеолат, симетон, метеоспазмил.</p>
<p>- связанный с воспалительным процессом в кишечнике</p>	<p>Маалокс плюс, гестид, алпрогель.</p> <p>Антидиарейные препараты – аттапульгит, клопектат, десмол.</p>

Противорвотная терапия

- Промывание желудка.
- Дробное питание.
- Энтеросорбенты.
- Метаклопрамид (Церукал).
- Мотилиум.

Антидиарейные препараты

Противопоказаны у детей 1-ого года жизни и при гемоколитах.

- Имодиум.
- Лоперамид.
- Диарол.