

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра педиатрии

**ОБЪЕМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ
ТЯЖЕЛОМ ОБЕЗВОЖИВАНИИ, ЛЕЧЕНИЕ
УМЕРЕННОГО ОБЕЗВОЖИВАНИЯ С
ПОМОЩЬЮ ОРАЛЬНЫХ
РЕГИДРАТАЦИОННЫХ СРЕДСТВ И ЛЕЧЕНИЕ
ДИАРЕИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ В
СООТВЕТСТВИИ С ПРОГРАММОЙ ИВБДВ.■**

Выполнила: Рахметова Д.

Группа: 641 ОВП

Проверила: Окишева И.Н.

Астана 2017г

Определение

- Диарея представляет собой экскрецию необычно жидкого и водянистого кала, как правило, не менее трех раз в течение 24 часов. Диарея новорожденного классифицируется, если у ребенка есть изменения стула, увеличение его массы и приобретение им жидкого характера (преобладание воды в каловом содержимом)

МКБ-10

- Код (ы) МКБ -10: A00 – Холера A02 – Другие сальмонеллезные инфекции A03 – Шигеллез A04 – Другие бактериальные кишечные инфекции A05 – Другие бактериальные пищевые отравления A05.0 – Стафилококковое пищевое отравление A05.2 – Пищевое отравление, вызванное *Clostridium perfringens* [*Clostridium welchii*]. Некротический энтерит Pig-bel A05.3 – Пищевое отравление, вызванное *Vibrio parahaemolyticus* A05.4 – Пищевое отравление, вызванное *Bacillus cereus* A05.8 – Другие уточненные бактериальные пищевые отравления A05.9 – Бактериальное пищевое отравление неуточненное A08 – Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции A09 – Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения K59.1 – Функциональная диарея

- Классификация диареи по ИВБДВ (дети от 0 до 5 лет):
- По тяжести обезвоживания у детей (ИВБДВ) [1, 2]:
 - • тяжёлое обезвоживание;
 - • умеренное обезвоживание;
 - • обезвоживания нет.

- ◎ **По длительности диарея у детей от 0 до 2-х месяцев (ИВБДВ):**
- ◎ • тяжелая затяжная диарея (диарея продолжается 14 дней и более).
- ◎ **По длительности диарея у детей от 2-х месяцев до 5 лет (ИВБДВ):**
- ◎ • тяжелая затяжная диарея (диарея продолжается 14 дней и более и есть обезвоживание);
- ◎ • затяжная диарея (диарея продолжается 14 дней и более, нет обезвоживания).
- ◎ **По наличию крови в стуле: дизентерия.**
- ◎ **По топике поражения ЖКТ:** • гастрит; • энтерит; • энтероколит; • колит; • гастроэнтерит; • гастроэнтероколит.
- ◎ **По тяжести заболевания:** • легкая; • среднетяжелая; • тяжелая форма.

По этиологии:

- бактериальные инфекции: шигеллёз, сальмонеллёз, эшерихиоз, ОКИ вызванные УПФ, брюшной тиф, паратиф, иерсиниоз, холера;
- вирусные инфекции: ротавирусный гастроэнтерит, аденовирусная, норлоквирусная, энтеровирусная, реовирусная инфекции и др;
- кишечные инвазии: амебиаз, лямблиоз, аскаридоз и другие гельминтозы.

По течению заболевания:

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

Дифференциальная диагностика диареи:

Признаки	Инфекционная диарея	Острый аппендицит	Функциональная диарея	НЯК	Инвагинация кишечника
Анамнез	Контакт с больным, употребление необеззараженной воды	Без особенностей	Без особенностей	Эпизоды диареи с тенденцией к утяжелению	Без особенностей
Начало болезни	Острое, одновременно боли в животе, диарея, лихорадка	Боль в эпигастрии с перемещением в правую подвздошную область	Острое	Острое, подострое, диарея, лихорадка	Приступы плача с побледнением кожных покровов младенца
Стул	Жидкий более 3 раз в сутки, со слизью и кровью	Кашицеобразный, жидкий каловый, без патологических примесей, до 3-4 раз, чаще запор	Кашицеобразный, непереваренный, желтого цвета, без патологических примесей	Обильный, частый, жидкий, с кровью («мясные помои»)	Кровь в стуле ("малиновое" или "смородиновое желе") без примесей кала через 4-6 часов от начала заболевания
Боль в животе	Схваткообразная	Сильная постоянная, усиливающаяся при кашле. Сохраняется или усиливается при прекращении диареи	Умеренная	Слабо выражена, разлитая	Сильная постоянная носящие периодический (периодичность в 5-30 минут) характер
Осмотр живота	Мягкий, вздут	Болезненность в правой подвздошной области с	Незначительное равномерное вздутие	Вздут, безболезненный	Вздут, уплотнение в брюшной полости. мягко-эластическая.

Цели лечения

- восстановление водно-электролитного баланса;
- нормализация температуры тела;
- ликвидация симптомов интоксикации;
- нормализация стула;
- эрадикация (элиминация) возбудителя.

Немедикаментозное

лечение:

- Режим - постельный при выраженной интоксикации и потери жидкости. 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. Детям в возрасте от 2 лет и старше – стол №4. Детям с лактазной недостаточностью назначаются низко/безлактозные смеси.

Регидратация:

○ План А

- Лечение диареи в домашних условиях: 1. Давать дополнительные жидкости (столько, сколько ребенок сможет пить) рекомендуйте матери: • 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 (Декстроза+Калия хлорид+Натрия хлорид+Натрия цитрат), жидкую пищу (например, суп, рисовый отвар) или чистую воду. Научите мать готовить и давать раствор ОРС. Выдайте матери два пакета ОРС для использования в домашних условиях. 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. Посоветуйте матери: давать ребенку часто пить маленькими глотками из чашки; если у ребенка рвота, выждать 10 мин, затем продолжать, но медленнее. Продолжать давать дополнительно жидкость до тех пор, пока диарея не прекратится. Продолжать кормление. Мать должна знать, в каких случаях необходимо вновь обратиться в медицинское учреждение: 14 • 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.

План Б

- Лечение диареи с умеренным обезвоживанием с помощью ОРС: 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. При отсутствии эффекта от оральной регидратации в амбулаторных условиях больного направляют на стационарное лечение. Выберите соответствующий план продолжения лечения. Начинайте кормить ребенка в медицинском учреждении. Если мать не может оставаться в медицинском учреждении до завершения лечения: покажите ей, как готовить раствор ОРС дома. Объясните, какой объем ОРС нужно дать дома, чтобы завершить 4-х часовой курс. Снабдите ее необходимым количеством пакетов ОРС для завершения регидратации. Дайте 2 пакета дополнительно, как рекомендуется в плане А. Объясните 3 правила домашнего лечения (смотри план лечения А).
- **Показания для проведения парентеральной регидратации и дезинтоксикации:**
 - тяжелые формы обезвоживания с признаками гиповолемического шока;
 - инфекционно-токсический шок;
 - нейротоксикоз;
 - тяжелые формы обезвоживания;
 - сочетание эксикоза (любой степени) с тяжелой интоксикацией;
 - неукротимая рвота;
 - неэффективность пероральной регидратации в течение 8 часов при плане Б или переход умеренного обезвоживания к тяжелому обезвоживанию.

План В

- Лечение диареи с тяжелым обезвоживанием: [1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12.13.14.15] Введение в/в жидкости ребенку с тяжелым обезвоживанием: в возрасте менее 12 месяцев: сначала введите 30 мл/кг в течение 1 часа, затем введите 70 мл/кг за 5 часов; 15 в возрасте старше 12 месяцев за 30 минут введите 30 мл/кг, затем введите 70 мл/кг за 2,5 часа. Повторяйте оценку через каждые 15–30 мин. Если статус гидратации не улучшается, увеличьте скорость капельного введения жидкостей. Также давайте растворы ОРС (около 5 мл/кг/ч) как только ребенок сможет пить: обычно через 3–4 ч (младенцы) или 1–2 ч (дети более старшего возраста). Повторно оцените состояние младенца через 6 ч, а ребенка более старшего возраста – через 3 ч. Определите степень обезвоживания. Затем выберите соответствующий план (А, Б или В) для продолжения лечения.

Антибактериальная терапия.

⦿ Показания для назначения антибиотиков:

- больные с бактериальными диареями: гастроэнтероколиты, колиты (шигеллезе, сальмонеллезе, энтеропатогенном, энтероинвазивном и энтерогеморрагическом эшерихиозе, УПФ-инфекциях, иерсиниозе, кампилобактериозе и ОКИ неустановленной этиологии);
- больные с тяжелой формой диареи независимо от возраста;
- при среднетяжелой форме — детям до 2 лет (при изменениях крови, характерных для бактериального воспаления и/или лихорадке более 3 дней);
- ОКИ у больных с сопутствующими заболеваниями, первичными или вторичными иммунодефицитными состояниями и другими бактериальными инфекциями (пневмония, ангина и др.).

Способы введения антибиотиков:

- при среднетяжелых формах антибиотики вводят перорально;
- при тяжелом течении заболевания прием антибиотиков внутрь следует сочетать с парентеральным введением;
- при невозможности применения препаратов через рот, при частых срыгиваниях, многократной рвоте целесообразно их парентеральное введение.

Дозы антибактериальных препаратов для лечения ОКИ у детей

Группа	Название препарата	Путь введения	Суточная доза (кратность)
Нитрофураны	Фуразолидон	per os	8-10 мг/кг (3- 4)
Цефалоспорины	Цефиксим	per os	8 мг/кг (2)
	Цефтриаксон	в/м, в/в	50-75 мг/кг (1- 2)
	Цефотаксим	в/м, в/в	50-100 мг/кг (3-4)
	Цефепим	в/в	50 мг/кг (2-3)
Аминогликозиды	Гентамицин	в/м, в/в	3-7 мг/кг (2);
	Амикацин	в/м, в/в	10-15 мг/кг (2)
Аминопенициллины	Ампициллин/сульбактам Сультамициллин	в/м, в/в	25-50 мг/кг (2)
Макролиды	Азитромицин	в/м, в/в	1сут.-10мг/кг, далее 5мг/кг (1)
Сульфаниламиды	Ко-тримаксозол	per os	6-8 мг/кг/ по триметоприму) (2)
Хинолоны	Налидиксовая кислота	per os	60 мг/кг (3-4)
Фторхинолоны	Норфлоксацин	per os	10 – 20 мг/кг (2)
Карбапенемы	Меропенем	в/м, в/в	30-60 г/кг (3)

- ◎ Курс антибактериальной терапии зависит от тяжести заболевания, наличия осложнений и формирования бактерионосительства. При среднетяжелых формах курс лечения не превышает 5-7 дней, в тяжелых случаях может удлиняться до 10-14 дней.
- ◎ **Ферментотерапия:** После ликвидации клинических симптомов, угрожающих жизни больного (нейротоксикоз, токсикоз с эксикозом II–III степени, ИТШ и др.), в период расширения диеты, а также при наличии сопутствующей гастроэнтерологической патологии (гастродуоденит, ферментопатия и др.) назначают ферментные препараты. Предпочтительнее назначение полиферментных препаратов во время еды на 10-14 дней в возрастных дозах: • Панкреатин.

- ◎ **Симптоматическая терапия.** По показаниям назначаются: антипиретики, спазмолитики, проводится коррекция метаболических и электролитных нарушений. 3 Необходимо избегать назначения препаратов, подавляющих перистальтику кишечника (лоперамид), ввиду риска развития динамической кишечной непроходимости. У детей с диареей (предположительно вирусной этиологии) препаратами выбора являются
Лиофилизированные дрожжи *Saccharomyces boulardii* (в течение 5-7 дней):
 - до 1 года – по ½ капсулы/пакетика x 2 раза;
 - старше 1 года – по 1 капсулы/пакетика x 2 раза;
 - при затяжных диареях назначаются бактериофаги и лиофилизированные бактерии.

Лечение осложнений диареи

- **Лечение гиповолемического шока.**
При гиповолемическом шоке без
тяжелого нарушением питания:
Терапия проводится согласно
мероприятий Плана В, лечение
диареи с тяжелым
обезвоживанием.17 Гормональная
терапия: преднизолон 2-5 мг/кг/сутки,
дексаметазон – 0,2-0,3 мг/кг/сутки,
гидрокортизон – 12,5 мг/кг в сутки.

- ◎ **Лечение ОПН, ГУС.** Лечение проводится согласно клинического протокола «Острая почечная недостаточность у детей», утвержденного Экспертной комиссией по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 12.07.2013 года №14.
- ◎ **Лечение ИТШ.** • постоянная оксигенация путем подачи увлажненного кислорода через маску или назальный катетер • введение катетера в мочевой пузырь на срок до выведения больного из шока для определения почасового диуреза с целью коррекции проводимой терапии

Лечение диареи в домашних условиях:

- 1. Давать дополнительные жидкости (столько, сколько ребенок сможет пить) рекомендуйте матери: • 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 (Декстроза+Калия хлорид+Натрия хлорид+Натрия цитрат), жидкую пищу (например, суп, рисовый отвар) или чистую воду. Научите мать готовить и давать раствор ОРС. Выдайте матери два пакета ОРС для использования в домашних условиях. 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. Посоветуйте матери: давать ребенку часто пить маленькими глотками из чашки; если у ребенка рвота, выждать 10 мин, затем продолжать, но медленнее. Продолжать давать дополнительно жидкость до тех пор, пока диарея не прекратится. Продолжать кормление. Мать должна знать, в каких случаях необходимо вновь обратиться в медицинское учреждение:

- ◎ 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

Лечение диареи с умеренным обезвоживанием с помощью ОРС:

- 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. При отсутствии эффекта от оральной регидратации в амбулаторных условиях больного направляют на стационарное лечение. Выберите соответствующий план продолжения лечения. Начинайте кормить ребенка в медицинском учреждении. Если мать не может оставаться в медицинском учреждении до завершения лечения: покажите ей, как готовить раствор ОРС дома. Объясните, какой объем ОРС нужно дать дома, чтобы завершить 4-х часовой курс. Снабдите ее необходимым количеством пакетов ОРС для завершения регидратации. Дайте 2 пакета дополнительно, как рекомендуется в плане А. Объясните 3 правила домашнего лечения (смотри план лечения А). Показания для проведения парентеральной регидратации и дезинтоксикации: • тяжелые формы обезвоживания с признаками гиповолемического шока; • инфекционно-токсический шок; • нейротоксикоз; • тяжелые формы обезвоживания; • сочетание эксикоза (любой степени) с тяжелой интоксикацией; • неукротимая рвота; • неэффективность пероральной регидратации в течение 8 часов при плане Б или переход умеренного обезвоживания к тяжелому обезвоживанию.

Лечение диареи с тяжелым обезвоживанием:

- [1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12.13.14.15] Введение в/в жидкости ребенку с тяжелым обезвоживанием: в возрасте менее 12 месяцев: сначала введите 30 мл/кг в течение 1 часа, затем введите 70 мл/кг за 5 часов;
- в возрасте старше 12 месяцев за 30 минут введите 30 мл/кг, затем введите 70 мл/кг за 2,5 часа. Повторяйте оценку через каждые 15–30 мин. Если статус гидратации не улучшается, увеличьте скорость капельного введения жидкостей. Также давайте растворы ОРС (около 5 мл/кг/ч) как только ребенок сможет пить: обычно через 3–4 ч (младенцы) или 1–2 ч (дети более старшего возраста). Повторно оцените состояние младенца через 6 ч, а ребенка более старшего возраста – через 3 ч. Определите степень обезвоживания. Затем выберите соответствующий план (А, Б или В) для продолжения лечения.

Другие виды лечения:

- 14.3.1 другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне: не проводятся. 14.3.2 другие виды, оказываемые на стационарном уровне: • Промывание желудка: при острых пищевых отравлениях/гастритах инфекционной природы с целью уменьшения всасывания токсинов в кровь. 14.3.3 другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: • Промывание желудка: при острых пищевых отравлениях/гастритах инфекционной природы с целью уменьшения всасывания токсинов в кровь.

- Хирургическое вмешательство: не проводится. 14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: не проводится. 14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях: не проводится. 14.5 Профилактические мероприятия: [4,6,17]25 • раннее выявление и изоляция больных и бактерионосителей; • клинико-лабораторное обследование контактных лиц; • дезинфекция очага; • контактных наблюдают в течение 7 дней при условии изоляции больного

Индикаторы эффективности лечения:

- восстановление водно-электролитного баланса;
- купирование симптомов интоксикации;
- купирование гастроинтестинального синдрома;
- нормализация стула;
- отрицательный бактериологический анализ кала (при сальмонеллезе).

Список литературы:

1. Лечение диареи. Учебное пособие для врачей и других категорий медработников старшего звена: Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.
2. Оказание стационарной помощи детям. Руководство ВОЗ по ведению наиболее распространенных заболеваний в стационарах первичного уровня адаптированное к условиям Республики Казахстан. 2010 г С. 1- 36, 109- 130.
3. Куттыкужанова Г.Г., Огай Е.А., Клиника и терапия острых кишечных инфекций. Алматы 2010.
4. Мазанкова Л.Н., Клинические рекомендации по лечению острых кишечных инфекций у детей. // Материалы VIII конгресса детских инфекционистов России/ г. Москва декабрь 2009. М.,2009. -С. 15. 27
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 января 2012 года № 33 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний».
6. Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационарах первого уровня в Казахстане. ВОЗ, МЗ РК, 2006 год
7. Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста. Всемирная Организация Здравоохранения. Отдел Здоровье Ребенка и Развития. Казахстан. ЮНИСЕФ. 2013 год
8. Mavromichakis J., Evans N., McNeish A. et al. Intestinal damage in rotavirus and adenovirus gastroenteritis assessed by D-xylose malabsorption. Arch Dis Child. 1977; 52:589-591.
9. World Gastroenterology Organisation (WGO). World Gastroenterology Organisation global guidelines: acute diarrhea in adults and children: a global perspective. Milwaukee (WI): World Gastroenterology Organisation (WGO); 2012 Feb. 24 p.
10. Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea According to the guidelines of Infectious Diseases Society of America (R.L. Guerrant, T.V. Gilder, T.S. Steiner, N.M. Thielman, L. Slutsker, R.V. Tauxe, T. Hennessy, P.M. Griffin, H. DuPont, R. Bradley Sack, P. Tarr, M. Neill, I. Nachamkin, L. Barth Reller, M.T. Osterholm, M.L. Bennish, L.K. Pickering. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis 2001; 32:331-50.)
11. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Diarrhoea and vomiting in children. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis: diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009 Apr
12. Михельсон В.А Детская анестезиология и реаниматология 2001