

ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ ЧРЕВНИ ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ВЪЗРАСТНИ И ДЕЦА

КОНСЕНСУС НА БЪЛГАРСКО ДРУЖЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ

ВЪВЕДЕНИЕ

Заболяванията с диарийен синдром, свързан с инфекциозни агенти, са едни от най-често срещаните страдания в медицинската практика. През последните години настъпиха редица съществени промени в традиционните ни представи за подхода към острите чревни диарийни заболявания. Те са във връзка с изясняване ролята на някои чревни патогенни причинители в етиологията на диарийния синдром. Промените в икономическия, социален и здравен статус на населението доведоха до увеличаването на населението живеещо в лоши санитарно-битови условия, нарастване броя на пациентите, които не са здравно осигурени и, чиито достъп до квалифицирана медицинска помощ не е адекватен. Здравната реформа доведе до промени в традиционния диагностичен и терапевтичен подход и регистрацията на болните с остри диарийни заболявания, което рефлектира в терапевтична несигурност и различия в лечебната практика в страната. В нашата страна острите гастроентерити, поради климатични особености, начин на хранене и стандарт на живот, са основен раздел в инфекциозната патология. Гастроентеритите в детската възраст са сериозен проблем в педиатрията навсякъде по света, особено в развиващите се страни, където ежегодно се отбелязват милиони загинали от това заболяване деца. Значението на гастроентеритите се определя и от факта, че те се свързват тясно, освен с инфекция и със социалния статус на населението, особено храненето и организацията на медицинското обслужване. Сериозните успехи в някои области на медицината доведоха до рязко нарастване броя на лица с имунодефицитни състояния. Широкото и невинаги компетентно приложение на антимикробни средства, особено производните на хинолона и тетрациклина, поставят остро въпроса за нарастващата антимикробната резистентност на най-честите причинители на остри диарийни заболявания. Поради изложените причини възникна неотложната необходимост от създаване на унифицирано популярно ръководство за клиничната практика. В него се излагат най-добрите подходи към болните с остри диарийни заболявания, доказали своите качества в дългогодишната медицинска практика и базирани на установени научни факти. Консensusното ръководство е изготвено с намерение да бъде приложимо към различни клинични ситуации от всички лекари, независимо от тяхната специалност и подлежи на допълнителни корекции и оптимизиране в зависимост от конкретните обстоятелства. Ръководството е изготвено под формата на консensusно мнение на група инфекционисти, избрана и одобрена на Първата национална конференция на БДИБ 2004 г. в Боровец. То е одобрено на Третата национална конференция на БДИБ през 2006 г. във Варна. Настоящите корекции произхождат от натрупания клиничен опит и знания относно етиологичната структура на острите диарийни заболявания в нашата страна и тяхното лечение през изтеклия период. Те целят да оптимизират подхода към диагностиката и лечението на болните с остри диарийни заболявания.

1. ДЕФИНИЦИИ

Диарийен синдром включва наличието на 3 или повече изхождания дневно на фекални маси с променена консистенция, цвят, мирис +/- патологични примеси от слюз и/или кръв.

1.2. Инфекциозна диария. Диагностичните критерии включват наличието на остър диаричен синдром (продължителност до 14 дни) и един или няколко от следните симптоми: коремна болка, гадене, повръщане, тенезми в съчетание с тоksiинфекциозен синдром и/или епидемиологични данни.

Забележки:

Етиологично определените заболявания с диаричен синдром са дефинирани в Наредба №21 от 18.07.2005 г. за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести. Нозологичните единици са кодирани по МКБ 10.

Препоръките за изследвания и лечение са съобразени с действащите в момента КП /клинични пътеки/, договорирани с НЗОК.

2.ОЦЕНКА СЪСТОЯНИЕТО НА ПАЦИЕНТА:

Оценката на състоянието на пациента се ръководи от критерии, свързани с клиничната характеристика на диарийния синдром (Табл. 1) и неговите усложнения (Табл. 2 и Табл. 3), от данните от анамнезата и епидемиологична характеристика на заболяването. При наличието на предварително извършени микробиологични изследвания на фекални проби за патогенни бактерии и ротавируси при деца до 5 годишна възраст, последните служат за преценка състоянието и прогнозата на пациента.

2.1. Клинични данни:

2.1.1. Данни от анамнезата:

Анамнестичните данни на болните с остри чревни диарийни заболявания, насочващи към изясняване състоянието и определящи тежестта на заболяването са следните: характеристика на диарийния синдром – обем, патологични примеси, наличие или липса на дехидратация, гадене, повръщане, фебрилитет, дехидратация

2.2.Данни от обективното изследване и подлежащи състояния:

деца в кърмаческата възраст;

деца до 1 годишна възраст с хипотрофия и други рискови подлежащи състояния (вродени малформации, заболявания на дихателната, сърдечни съдовата система и др.);

За възрастни:

профузна водениста диария с дехидратация;

дизентерия – многобройни изхождания на малки по обем фекалии, съдържащи слуз и кръв;

фебрилитет ($T > 38.5^{\circ}C$);

изхождане на > неоформени изпражнения/24 h или продължителност на заболяването над > /48 h;

диария с тежка коремна болка при пациенти > 50 г.;

диария при пациенти > 70 г.;

диария при имунокомпрометирани лица.

2.3. Данни от клинико-лабораторните изследвания

- Пълна кръвна картина с диференциално броене, хематокрит , СУЕ, урина.

- При необходимост - К, Na, Cl, кръвна дахар, урея, креатинин и др. Съобразно състоянието на болния.

2.4. Данни от микробиологичното изследване на фекални проби

- микробиологично изследване за патогенни чревни бактерии

- вирусологично изследване за ротавируси при деца до 5 годишна възраст.

3. Диференциално – диагностични критерии

3.1. Секреторна диария от тънкочревен произход. Дехидратацията (Табл. 2, Табл. 3,) е най-честото ѝ усложнение и изисква незабавна оценка и патогенетична терапия

3.2.- Осмотична диария от тънкочревен произход, причинена най-често от ротавируси. Дехидратацията (Табл. 2, Табл. 3,) е най-честото ѝ усложнение и изисква незабавна оценка и патогенетична терапия.

3.3 Дизентерия - многобройни изхождания на малки по обем фекалии, съдържащи слуз и кръв, придружена с фебрилитет >38.5о С. Тя е свързан най-често с причинители, които имат инвазивен механизъм на действие и предизвикват възпалителни заболявания на червата. Необходимо е упорито да се търси бактериален причинител и пациентите трябва да се лекуват с антимикробни средства

3.4. Антибиотикоасоциирана диария. От съществено значение са анамнестичните данни. Налага се незабавно спиране на антибиотикотерапията.

3.5. Диария на пътуващите. От значение са данните за пребиваване на пациента в друг географски район през последните 14 дни. Налага се изследване на фекални проби за патогенни чревни бактерии и паразити.

Забележка:

- Пациенти > 50 годишна възраст с тежка коремна болка и диария. Най-вероятно се касае за исхемична болест на червата.

- Диарията при пациенти в напреднала възраст обикновено е тежка и има сериозна прогноза.

4. Форми на протичане на острите диарийни заболявания, според степента на функционални нарушения:

- леки – дефекация $< 3/24$ h, без общи прояви, без промяна в обичайната активност;
- умерено тежки - дефекация $>4/24$ h, $T_o < 38^{\circ}C$, с промяна в обичайната активност;
- тежки – дефекация $>4/24$ h, $T_o < 38^{\circ}C$, дизентерия и/или усложнения, болният принудително спазва постелен режим.

5. Показания за хоспитализация на болните с остри диарийни заболявания:

5.1.Клинични показания

- Кърмачета
- Възрастни над 60 години
- Болни с утежнен преморбиден терен
- Кърмачета и малки деца с: хипотрофия, неправилно хранене, недоносеност, често боледуващи от КГДП, с астма, малигнени хемопатии, цистична фиброза на панкреаса и др.
- Възрастни пациенти с предхождащи и съпътстващи заболявания като: захарен диабет, анемия, хронични заболявания на стомашно-чревния тракт, аортна или вентрикуларна аневризма, генерализирана атеросклероза, ХБН, имunosупресираща терапия или друг вид имуноен дефицит, малигненост и др.
- Болни в тежко общо състояние, преценено по следните критерии:

Степен на дехидратация и свързаните с нея симптоми и дефицит на течности $> 6\%$. (Таблицы 2 и3).

Изразен токсинфекциозен синдром с $T 36^{\circ}C < t > 39^{\circ}C$

Диселектролитемия – $K < 3 \text{ mmol/l}$ или $> 6 \text{ mmol/l}$, $Na < 130$ или $>150\text{mmol/l}$

- Болни със следните усложнения

ОБН

Шок

Симптоми от страна на ЦНС / мозъчен оток /

Чревна пареза или парализа

- Генерализирана, извънчревна локализация на болестния процес

- SIRS, сепсис +/- ДВСК

- Неуспешно амбулаторно лечение в предходните 2-3 дни

5.2. Епидемиологични показания

Пребиваване в райони с високо разпространение на чревни ООИ.

Невъзможност за изолация на институционализирани пациенти – ДМД, старчески домове, санаториуми и др.

Необходимост от извеждане на пациент от работната среда

Съчетание на епидемиологични с клинични показания

Патогенни чревни бактерии или ротавируси за деца до 5 г. във фекални проби, при наличие на такива предварителни данни.

Други условия

6. ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИТЕ С ОСТРИ ДИАРИЙНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Лечението на болните с остри диарийни заболявания включва следните

Черири основни групи терапевтични средства:

течности и електролити

диета

антидиарийни средства

антимикробни средства

Патогенетична терапия

Основна цел на патогенетичната терапия е възстановяване на отклоненията във водно - електролитния баланс, КАП с цел поддържане жизнено важните функции, лечение на усложненията.

1. В амбулаторната практика тя е перорална. Използват се:

Стандартен разтвор на СЗО – 3,5 g NaCl, 1,5 g KCl, 2,5g NaHCO₃ и 20 g глюкоза на прах, разтворени в 1,0 l вода.

Оралната рехидратация трябва да продължи ~ 4ч. в доза 50 ml/kg – за лека степен и 100 ml/kg за средно изразена дехидратация, със скорост на подаване на течността ad libidum. Текущите загуби се възстановяват по 10ml / kg или ½ - 1 ч.л. разтвор на всяко диарично изхождане.

2. Парентерална рехидратация – при дехидратация трета степен

2.1. При възрастни се използват:

- Изотонични или концентрирани електролитни разтвори
- Въглехидратни разтвори
- Колоидални разтвори
- Разтвори за коригиране на киселинно – алкалното равновесие.

Скоростта на въвеждане на разтворите е 25 – 30 ml / min. през първите 1 – 2 часа, след което - съобразно текущите загуби и дневните нужди.

2.2. При деца:

2.2.1. Воден обем на база дневни нужди:

I - во тримесечие по 150 мл / кг

II- ро тримесечие по 120 мл / кг

Над 6 мес. До 2 год. по 100 мл /кг

Или:

Тегло под 10 кг – 100 мл/кг

Тегло от 11 до 20 кг: 1000 мл + 50 мл/кг/ дн за всеки кг над 10кг.

Тегло над 20 кг: 1500 мл + 20 мл/кг/дн за всеки кг над 20 кг.

Възрастни: 2000 до 2400 мл / дн.

Водното телесно съдържание е 60% от телесното тегло.

2.2.2. Електролити:

Натрий и хлор по 1 – 3 mEq/ kg

Калий – по 2 – 3 mEq/ kg ; /при възрастни 50 mEq / дневно /

Корекция на КАС – по формула на Аструп:

$V \text{ ml NaHCO}_3 = \text{Кг на пациента} \times 0,3 \text{ /възрастни/}; 0,4 \text{ /подрастващи/};$
 $0,5 \text{ /кърмачета.}$

Прилага се 1/3 до 1/2 от необходимото количество в глюкозен разтвор.

2.2.3. Общи принципи на парентералното лечение на дехидратация:

Определяне на теглото на пациента

Определяне на началните загуби + текущите загуби и дневните нужди от вода и електролити.

Хб, Ер, левк. ДКК, СУЕ; КАП, йонограма, Х-т

При нужда – ., общ белтък, кръвна захар, урея, креатинин; кръвна група; урина, амилаза, чернодробни ензими, хемо- урокултури – 2- 3-кратно.

Динамично следене на показателите.

При *тежка дехидратация* се дава начален болус от 20 мл/ кг за 20 минути. Той може да се повтори, а при липса на отговор / диуреза, липса на реакции и други заплашващи симптоми/ се препоръчва бърза ресусцитация.

При *хипотонична дехидратация* / $\text{Na} < 125 \text{ mEq/L}$ / или *изотонична* / $\text{Na} = 130 - 150 \text{ mEq/L}$ / дехидратация се изчисляват необходимите течности и електролити за първите 24 часа и се вливат $\frac{1}{2}$ от тях през първите 8 часа, а останалото количество в следващите 16 часа.

При *хипертонична дехидратация* / $\text{Na} > 150 \text{ mEq/L}$ / –корекцията се пресмята за 48 часа. При $\text{Na} > 180 \text{ mEq/L}$ и $\text{K} > 7 \text{ mEq/L}$ се налага диализа.

Не се влива калий преди поява на диуреза / с изключение на диабетна кетоацидоза/ .

За всеки градус T_o над 37° се налага увеличение на течностите с 12%.

Като алтернатива на посочената по-горе схема за парентерална рехидратация е възможно приложението на унифициран разтвор със следния състав:

Ser. Glucosae 5% или Ser. Physiologicum 0.9% - 200ml

KCl 15% - 10ml

NaHCO_3 8,4% - 15 ml

Sol. Glucosae 5% или 10% ad 500

При необходимост се назначават биопродукти за поддържане на онкотичното налягане и други средства съобразно конкретния случай.

Диетата е неизменна част от терапията на болните с остри диарийни заболявания. **Ранното хранене** е особено необходимо при деца до 1 годишна възраст.

Антидиарийни средства се прилагат при възрастни и по-големи деца с остра диария с цел:

- намаляване неприятните оплаквания

- облекчаване болестните симптоми

- по-бързо възстановяване нарушената работоспособност

При кърмачета и деца в ранна детска възраст се прилага rascadotril като допълнение към перорално рехидратиране.

Пробиотици – ентерол, лактофлор, нормофлор и други.

Спазмолитици

Антипиретици

Антимикробни

средства

1. Показания за антибактериална терапия:

- инвазивните гастроентерити и колити – шигелози
- клостридийни колити
- генерализирани форми на салмонелози
- холера
- коремен тиф
- кампилобактериоза
- генерализирани форми на йерсиниоза
- колиентерити
- пациенти от възрастовата група – над 60 г.
- кърмачета
- рисковите пациенти със съпътстващи или предхождащи заболявания /Виж индикациите за хоспитализация/
- тежки клинични форми на острите чревни диарийни заболявания.

2. Емпирична антибактериална терапия се назначава при горе посочените индикации като се препоръчва предимно пероралното приемане на медикаментите:

Ciprofloxacin 2 x 500 mg / 24h; p.o. или iv при тежки състояния

TSM 2 x 500 mg / 24h; за деца 60 mg/ kg p.o.

Възможно е назначаване на аминогликозиди – амикацин 10 – 15 mg/kg/24h i.v.;

- при клостридийни колити - Metronidazole, Vancomycin, Teicoplanin в терапевтични дози за 7 до 10 дни

Doxycylin - при холера

Хлорнитромицин, хинолони, цефалоспорины III поколение – при коремен тиф

Макролиди – кампилобактериоза

Axithromycin – 10mg/kg

След етиологично доказване на причинителя, при липса на бактериологично саниране се предприема лечение по антибиограма и с други антибиотици – цефалоспорины –III генерация, карбапенеми и други.

Антибактериалната терапия не е показана при:

хранителни тоksiинфекции

реконвалесцентно заразноносителство

дисбактериоза

Обсъжда се въздържане на антибактериално лечение на ентеритите, причинени от ЕНЕС – *E. coli* O157:H7, поради наблюдения от засилване на опасността от развитие на хемолитико – уремичен синдром

ПРИЛОЖЕНИЕ:

Табл. 1.Клинични синдроми при остри чревни инфекции

Синдроми	Анатомична локализация	Клинични прояви	Най-вероятен причинител
Гастрит	Стомах	Гадене, повръщане, болка в епигастриума	<i>Salmonella</i> , <i>Sh. Sonnei</i> , <i>Rota-</i> , <i>Norwalkviruses</i> , /т.н.”зимни повръщания”/ <i>Staph.</i> Хранителни тоksiинфекции
Гастроентерит	Стомах и тънки черва	Гадене, повръщане и водниста диария	Вирус или екзотоксин, предварително образуван от <i>S.aureus</i> , <i>B.cereus</i> или друг чревен причинител. <i>Салмонели</i> .
Ентерит	Тънки черва, възможно участие на колон	Обемисти изпращения, болки в горната част на корема и около пъпа	Салмонелен ентерит <i>Shigella</i> (начална фаза) <i>Clostridium perfringens</i> Rotavirus гастроентерит Norwalk- подобни вируси ETEC EPEC Холера
Колит	Колон	Многобройни, но с малък обем изпращения с кръв и слуз, спастични коремни болки, тенезми, “дизентерийна	<i>Shigella</i> EIEC ЕНЕС <i>Vibrio parahaemolyticus</i> <i>Salmonella enteritidis</i> <i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Campylobacter jejuni</i>

		хрчка”	
Антибиотико-асоциирана диария	Колон – псевдомембранозен колит	Употреба на антибиотик, гадене, повръщане, болки в корема, фебрилитет, левкоцитоза, диария с кръв и слуз	<i>Clostridium difficile</i> (псевдомембранозен колит), <i>Clostridium perfringens</i> тип A, <i>S.aureus</i>
Ентерогенен сепсис	Преминаване през чревната лигавица, бактериемия	Токсикоинфекциозен синдром и SIRS	<i>S. typh</i> , <i>S. paratyphi</i> A, <i>S. Schottmuelleri</i> , <i>S.hirschfeldii</i> <i>dp. S.spp</i> <i>Y.enterocolitica</i> , <i>Y.pseudotuberculosis</i> , <i>EPEC</i> <i>C. Jejuni</i>

Табл. 2. Степени на дехидратация - възрастни

	Лека	Средно тежка	Тежка
Продължител-ност и интензитет на диарията	24 часа диария < 5 дефекации / 24 ч.	48 часа диария 6 – 9 дефекации / 24 ч.	Диария > 48 ч. > 10 дефекации за 24 ч.
Водни загуби	1,0 - 2,0 л	3,0 – 4,5 л	4,5 – 8,5 л
Загуби на бикарбонати	2,5 – 5,0 mmol/kg	5 - 10 mmol/kg	10 – 20 mmol/kg
Симптоми	Отпадналост Анорексия/гадене Главоболие Хипотензия Жажда	Апатия/умора Гадене Главоболие Мускулни крампи	Дълбока апатия Отпадналост до прострация Промени в съзнанието до кома
Други симптоми		Бледост Сухи лигавици Хлътнали очни ябълки Намалени тургор И еластичност на кожата Хипотония Олигурия	Facies Hippocratica Студени цианотични крайници Шок Тахикардия Периферна вазоконстрикция Или вазодилатация

		Тахикардия	Систолно РР < 90 mm Hg до 0 Олигоанурия / уремия
Забележка!			Без спешна рехидратация – се развива летален изход.

Табл. 3. Степени на дехидратация – кърмачета и малки деца

Дехидратация – дефицит на телесни течности в %	Клинични белези
> или = 5 %	Суховати лигавици Повишена концентрация на урината Намалено сълзоотделяне Сърдечна честота – 10-15% над нормалната
6 - 9 %	Увредено общо състояние Намалени тургор и тонус Олигурия Хлътнали очни булбуси Хлътнала фонтанела Тахикардия, хипотония Акроцианоза
> 10 % /тежка дехидратация/	Влошаване на горните симптоми Студена тестовата кожа Цианоза, Хипотермия Хипотония, слаб периферен пулс Анурия Ацидоза

Табл. 4. Рехидратация и хранене според степента на дехидратация

Степен на дехидратация	Рехидратация	Хранене	Заместване на загубите
Лека	р.о. 50 ml/kg на всеки 4 часа	Кърмене, Безлактозно мляко Лечебна хумана	р.о. 10 ml/kg или 120 – 140 ml рехидриращ разтвор за всяко изхождане

Средно тежка	p.o. 100 ml/kg на всеки 4 часа	„ „ „	„ „ „
Тежка	i.v. 20 ml/kg/h до нормализиране на пулса и другите симптоми на тежка дехидратация. Преминаване към p.o. рехидратация	Кърмене, Безлактозно мляко Лечебна хумана Фракционирано 10х през 2 ч по 10 – 20 мл.	„ „ „

Изготвили: М. Тихолова, М. Ненова, М. Стойчева-Въртигова

Корекцията е направена на 31.10.2007 г.