

## ПРОТОКОЛ

### ведения пациента с диагнозом Ротавирусный гастроэнтерит

(нормативная ссылка: КР «Ротавирусный гастроэнтерит у детей» 2023г, МЗ РФ)

<b>Категория возрастная</b>	дети
<b>Вид медицинской помощи</b>	первичная
<b>Условия оказания медицинской помощи</b>	амбулаторно
<b>Форма оказания медицинской помощи</b>	плановая
<b>Средние сроки лечения (количество дней)</b>	5-12 дней
<b>Врач</b>	Врач- педиатр участковый
<b>Классификация</b>	A 08 .0 –гастроэнтерит ротавирусный
<b>Классификация</b>	
<b>По типу:</b>	-типичный: рвота, диарея, лихорадка. -атипичный: стёртое течение — может отмечаться только рвота или только жидкий стул, лихорадка часто отсутствует, длительность симптомов кратковременна — 1-2 дня; бессимптомное течение — отсутствие клинической симптоматики, при этом в ходе обследования кала обнаруживается вирус. Выделение инфекционного агента длится от 4 до 57 дней.
<b>По тяжести:</b>	- легкая форма - среднетяжелая форма - тяжелая форма При лёгкой степени тяжести признаков обезвоживания не отмечается, (потеря 3-5 % жидкости) — клинические признаки могут отсутствовать или быть минимальными; При среднетяжёлой наблюдается обезвоживание 1-2 степени, умеренная (потеря 6-9 % жидкости) — тахикардия, постепенное падение АД, снижение тургора кожи, сухость слизистых, раздражительность, удлинение времени наполнения капилляров до 3 секунд, учащённое поверхностное дыхание, снижение объёма мочи, отсутствие слёз, у младенцев — запавший родничок. При тяжёлом течении характерна клиническая картина шока: полуобморочное состояние, жажда, тахикардия, побледнение кожи, падение АД, тяжёлая (потеря $\geq 10$ % жидкости) — клиническая картина шока.
<b>По наличию осложнений:</b>	- без осложнений - с осложнениями: синдром дегидратации- потеря жидкости происходит в основном из внеклеточного пространства вторичная бактериемия и кандидемия судороги асептический менингит энцефалит миокардит бронхопневмония гепатит острая почечная недостаточность.

<b>Диагностика</b>	
<b>Жалобы и анамнез</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- на повышение температуры тела, рвоту, водянистую диарею</li> <li>- провести оценку данных эпидемиологического анамнеза</li> </ul>
<b>Данные объективного осмотра</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• проводить осмотр кожных покровов</li> <li>• проводить измерение температуры тела утром и вечером</li> <li>• определять наличие: <ul style="list-style-type: none"> <li>- заложенности носа, насморка, кашля</li> <li>- признаков интоксикации: вялость, слабость, снижение аппетита</li> <li>- рвоты: частота, характер</li> <li>- диареи: длительность, частота дефекации</li> <li>- болевого абдоминального синдрома: какие боли: схваткообразные, постоянные, локализация болей: в верхних отделах живота <ul style="list-style-type: none"> <li>- вздутия живота, метеоризма и урчания по ходу кишечника</li> </ul> </li> <li>- проводить измерение массы тела и объёма потерянной внеклеточной жидкости с оценкой степени дегидратации: жажда, снижение мочеотделения, вялость, раздражительность</li> <li>- проводить объективный осмотр: ЧСС и ЧД, АД, тургор кожи.</li> </ul> </li> </ul> <p>Для диагностической точности в 2008 году Европейская ассоциация детских гастроэнтерологов, гепатологов и диетологов (ESPGHAN) разработала клиническую шкалу дегидратации. Она учитывает 4 параметра: общий вид, состояние глазных яблок, слизистых оболочек и наличие слезоотделения. Согласно этой шкале:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 баллов указывает на отсутствие обезвоживания;</li> <li>1-4 балла соответствуют лёгкой степени обезвоживания;</li> <li>5-8 баллов — средней и тяжёлой степени тяжести.</li> </ul>
<b>Лабораторная диагностика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- РАК</li> <li>- использование иммунохроматографических тест-полосок для определения антигенов ротавируса в кале</li> <li>- метод обратнo-транскриптазной полимеразной цепной реакции - определение РНК вируса в кале</li> <li>- б/х анализ крови (АЛТ, АСТ)</li> <li>- общий анализ мочи</li> <li>- копрограмма</li> <li>- бакпосев кала на патогенную флору.</li> </ul>
<p><b>Показания для госпитализации:</b>  <b>возраст детей до 2 лет, отягощенный преморбидный фон, дети из закрытых детских учреждений, невозможность осуществлять оказание лечебной помощи на дому.</b></p>	
<b>Лечение</b>	
<b>Консервативное лечение</b>	<p>Питание детей осуществляется в соответствии с возрастом, рекомендовано продолжение грудного вскармливания.</p> <p>В терапии ротавирусного гастроэнтерита используют два подхода: <b>Патогенетический</b>, направленный на патогенез заболевания; Этиотропное лечение не разработано.</p> <p>Основной патогенетический метод лечения — пероральная регидратация.</p> <p>Для восполнения жидкости рекомендуется состав раствора для отпаивания пациента:</p> <p style="padding-left: 40px;">осмолярность (концентрация) 245 мОсм/л;</p>

	<p>концентрация глюкозы 75 ммоль/л;  концентрация натрия 75 мэкв/л;  молярное соотношение натрия и глюкозы 1:1.</p> <p>Жидкости с избытком глюкозы (газировки и фруктовые соки) усиливают диарею, так как более высокая нагрузка глюкозой увеличивает осмолярность содержимого в просвете кишечника, что приводит к снижению всасывания воды. Жидкости с высокой концентрацией натрия могут привести к гипернатриемии.</p> <p>Пероральная регидратационная терапия делится на две фазы:</p> <p>Фаза регидратации — быстрое восполнение дефицита жидкости в течение 3-4 часов. Для этого вводят не более 5 мл раствора каждые 1-2 минуты с помощью ложки или шприца общим объёмом от 50 до 100 мл/кг за 3-4 часа. Одна чайная ложка, вводимая каждые 1-2 минуты, позволяет давать 150-300 мл в час.</p> <p>Фаза поддержания - продолжается восполнение потери жидкости до его прекращения. Каждый эпизод жидкого стула требует введения раствора в объёме 10 мл/кг, каждый эпизод рвоты — 2 мл/кг. Примерный объём раствора в этой фазе составляет 80-100 мл/кг в день.</p> <p>Показаниями к в/в жидкости являются: шок, нарушение сознания, тяжёлый ацидоз (увеличение кислотности организма), отсутствие эффекта от проводимой оральной регидратации и неукротимая рвота.</p> <p><b>Симптоматический</b>, направленный на устранение симптомов болезни.</p> <p>В симптоматической терапии гастроэнтерита используются: - <b>пробиотики</b>.</p> <p>- <b>Сорбенты</b> - диоктаэдрический смектит.</p> <p>Для купирования рвоты у маленьких детей эффективным является пероральное применение <b>ондансетрона</b> в возрастных дозировках.</p>
<b>Профилактика и диспансерное наблюдение</b>	
	<p>- живая, пентавалентная вакцина, основанная на ослабленном бычьем штамме вируса WC3, который не обладает широкой перекрёстной защитой.</p> <p>- РотаТек рекомендован для активной иммунизации детей с 6-ти недель жизни. Вакцина вводится перорально в серии из трёх доз. Первую дозу вводят в возрасте 6-12 недель, но не позднее 104 дня жизни. Интервал между дозами составляет 4 недели. Все три дозы должны быть введены до 32 недель жизни младенца.</p> <p>Выписка производится после клинического выздоровления. Повторное лабораторное обследование не требуется, прогноз благоприятный, выздоровление наступает через 5-12 дней.</p> <p>Диспансерное наблюдение в течение 1 месяца.</p> <p>Длительность медицинского наблюдения за контактными составляет 7 дней и включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.</p> <p>Неспецифическая профилактика заболевания предполагает соблюдение правил личной гигиены (мытьё рук, а при уходе за больным — дополнительную обработку рук спиртосодержащими растворами), своевременную замену нательного и постельного белья, использование для питья кипячённой или бутилированной воды, тщательное мытьё овощей и фруктов.</p>

