

# ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ТОКСИКОЗОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Ботиров А.Р - старший преподаватель кафедры анестезиологии-  
реаниматологии и неотложной помощи.  
Андижанский государственный  
медицинский институт.*

## АННОТАЦИЯ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в сотрудничестве с ЮНИСЕФ была разработана стратегия. Данная стратегия сочетает улучшенное введение болезней детского возраста с аспектами питания, иммунизации и некоторыми другими важными факторами, оказывающими влияние на здоровье ребенка, включая здоровье матери.[6,7] Диарея (кишечные токсикозы) тяжелые нарушения питания до настоящего времени обуславливают высокий процент летальности у детей до 5 лет. Проведенный в 1996 году анализ глобального бремени заболеваний указывают на то, что перечисленные заболевания будут продолжать оставаться основными причинами детской смертности до 2020 года, если для борьбы с ними не будут предприняты гораздо более значительные усилия. [3,7]

## FEATURES OF INTESTINAL TOXICOSIS IN YOUNG CHILDREN

*Botirov A.R. - Senior Lecturer of the Department of  
Anesthesiology-resuscitation and emergency care.  
Andijan State medical institute*

## ABSTRACT

As shows experience, in the standard techniques of diagnostics and treatment of intestinal toxicoses at children (at their application' in conditions of a hot climate) entering some specifications concerning first of all features rehydration of therapy,

and also of some the organizational moments is necessary. The last are especially important, as the combination of a hot climate and disease intestinal infections with some social factors (high birth rate, high densities of children in age structure of the population, residing of 2/3 children at a countryside) demand concrete recommendations both for practical doctors, and for organizers of pediatric service.

**Цель исследования:** Как показывает опыт, в общепринятые методики' диагностики и лечения кишечных токсикозов у детей (при применении их в условиях жаркого климата) необходимо внесение некоторых уточнений, касающихся в первую очередь особенностей регидратационной терапии, а также ряда организационных моментов. Последние особенно важны, так как сочетание жаркого климата и заболеваемости кишечными инфекциями с некоторыми социальными факторами (высокая рождаемость, высокий удельный вес детей в возрастной структуре населения, проживание 2/3 детей в сельской местности) требуют конкретных рекомендаций как для практических врачей, так и для организаторов педиатрической службы.

**Материалы и методы исследования:** Наблюдения позволяют считать воддефицитную дегидратацию более распространенной, а в условиях жаркого климата - преобладающей. Для быстрой дифференциации типа дегидратации при поступлении ребенка в стационар нами используется таблица основных симптомов (табл. 1), в которой на первом месте стоят температура тела и жажда. Таблица удобна и проста для запоминания (все параметры при воддефицитном типе повышены, а при солдефицитном - понижены).

Таблица 1.

#### Типы дегидратаци

Симптомы,	Воддефицитный	Изотонический	Соледифицитный
-----------	---------------	---------------	----------------

Температура тела	Значительно	Нормальная,	Тенденция к
Жажда	повышена	субфебрильная	Гипотермии
Состояние	Резко выражена	Умеренная	Отказ от воды
центральной	Возбуждение	Некоторая вялость	Адинамия
нервной системы	Повышено	Нормальное	Понижено
Содержание натрия в плазме			

Для дифференциации степени дегидратации и одновременного расчета объёма жидкости, необходимой для дегидратационной терапии, мы предлагаем таблицу, составленную по типу известной схемы Dennis (расчёты у новорожденных основаны на несколько измененных данных В.М. Балагина и соавт.). Все дети с обезвоживанием нуждаются дополнительной жидкости. Если есть у ребенка диарея: как долго? Если есть кровь в стуле. Для этого нужно осмотреть и ощутить:

1. общее состояние ребенка (летаргичен или без сознания), беспокойн или болезненно раздражён;
2. ищите естьли у ребенка запавшие глаза;
3. предложите ребенку жидкость - ребенок пьет плохо, пьет жадностью. Идет процесс тяжелого обезвоживание.

В основу лечения входит употребление дополнительной жидкости (столько, сколько ребенок выпьет). Если ребенок вскармливается исключительно грудью дайте ему ОРС 5 мл/кг/час, в течении 3-4-х часов и наблюдать. Если не находится на грудном вскармливании: раствор ОРС, жидкости на основе пищевых продуктов (такие как суп, рисовый отвару кефир, биолакт, катык).

В дополнение к обычному количеству жидкости:

До 2-х лет - 50 - 100 мл после каждого жидкого стула;

2 года и старше - 100 - 200 мл после каждого жидкого стула.

Таблица 2.

Определение степени дегидратации и расчет общей потребности в  
жидкости  
для регидратационной терапии при кишечных токсикозах у  
детей в 1-е сутки заболевания

Степень Дегидра- тации	Потеря массы тела, %	Диурез	От 7 дней до 1 мес	1-3 мес	4-6 мес	7-12 мес	1-3 мес
<b>I</b>	До 5 (у новорож- денного До 10)	Сохранён	190-220	170-180	150- 160	130-140	100-130
<b>II</b>	5-10 (у но- ворожден- ного до 15)	Олигурия	220-270	190-210	175- 185	150-170	130-170
<b>III</b>	Более 10(у новорож- денного до 20)	Олигурия вплоть до анурии	270-350	220-250	200- 210	170-190	160-170

Продолжать давать дополнительно жидкости до полного прекращения диареи [4,7]. Для дифференциации степени дегидратации в таблице использован только основной - потеря массы (в %) и как вспомогательный симптом диурез [1,3] (табл. 2).

Исходя из этого, нами введено правило, согласно которому участковый медицинский работник, направляя ребенка с кишечным токсикозом в стационар, обязательно указывает результат последнего взвешивания ребенка в поликлинике (до болезни) и его дату. Благодаря этому исключаются ошибки в определении степени потери массы тела, связанные с тем или иным отклонением в нарастании весовой кривой у ребенка до

болезни. После определения степени дегидратации по табл.2 производится расчёт объёма жидкости, необходимого в 1 -е сутки лечения. При повышении температуры тела или температуры окружающего воздуха (что особенно важно в условиях Средней Азии) добавляется определенной объём жидкости. Если на догоспитальном этапе детям уже проводилась регидратационная терапия, то в результате этого через несколько часов симптомы дефицита воды и гипертонаии плазмы (при воддефицитном варианте) могут значительно уменьшиться, что даёт основание при госпитализации ребенка расценивать дегидратацию как изотоническую.

**Вывод:** Удельный вес воддефицитного обезвоживания в общей структуре кишечных токсикозов у детей раннего возраста в условиях жаркого климата колеблется от 65 до 75% и этот тип является преобладающий.

Для достижения качественных новых результатов необходим более интегрированный подход к ведению больных детей. Программы по охране здоровье детей должны учитывать не только контроль заболевания но и состояния в целом, и благосостояние детей.

## **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Аминов Б.П., Махмудов З.С. «Водно-электролитные расстройства в условиях жаркого климата» Ташкент, 1980 г.
2. Балагин В.М., Митрофанова Г.П., Онучина Н.Б. - «Вопросы охраны материнства» 1980 г., № 6, стр. 16-21.
3. Iennis I.L. - Pediat. Clin. N. Amer., 1982, v. 9, p. 911-92Q.
4. «Руководство по инфекционным болезням у детей». ГЭОТАР Мед. 1999 г.
5. Н.П.Шабалов «Детские болезни» Санкт-Петербург, 2003 г. 1-том.
6. Под ред. Л.А.Исаевой «Детская гастроэнтерология» 2001 г.
7. Информационный бюллетень ИВБДВ, WHO, САН, CHS, 1999.
8. Внутренние болезни. Под.ред. Ф.Комарова, В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. 2-ое перераб. И доп.Изд. М.Медицина. 1990.