

**Хожиматов Сардорбек Равшанбек ўғли**

ассистент Кокандского университета

Андижанского филиала, Узбекистан

E-mail: xojimatovsardorbek7@gmail.com

---

## **ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ТОКСИКОЗОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Введение.

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]

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 соледефицитном - понижены).

Таблица 1.

Типы дегидратации

| Симптомы,<br>Показатель                           | Водедефицитный                | Изотонический                  | Соледицит               |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Температура тела                                  | Значительно<br>повышена Резко | Нормальная,<br>субфебрильная   | Тенденция<br>гдшотермии |
| Жажда Состояние<br>центральной<br>нервной системы | выражена<br>Возбуждение       | Умеренная<br>Некоторая вялость | от воды Адина           |
| Содержание натрия<br>в плазме                     | Повышено                      | Нормальное                     | Понижено                |

Для дифференциации степени дегидратации и одновременного расчета объема 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 есть ли у ребенка запавшие глаза;
- 3) предложите ребенку жидкость - ребенок пьет плохо, пьет жадностью. Идет процесс тяжелого обезвоживания.

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 отвар 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.

Продолжать давать дополнительно жидкости до полного прекращения диареи [4,7].  
Для дифференциации степени дегидратации в таблице использован только основной

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 Дегидратации | Потеря массы тела, %              | Д Диурез                  | От дней до 1 мес | 1-3 мес | 4-6 мес       | 7-12 мес | 1-3 мес |
|----------------------|-----------------------------------|---------------------------|------------------|---------|---------------|----------|---------|
| I                    | До 5 (у новорожденного ДО 10)     | Сохранён                  | 190-220          | 170-180 | 150-160       | 130-140  | 100-130 |
| II                   | 5-10 (у новорожденного до 15)     | Олигурия                  | 220-270          | 190-210 | 175-185       | 150-170  | 130-170 |
| III                  | Более 10 (у новорожденного ДО 20) | Олигурия вплоть до анурии | 270-350          | 220-250 | 200-210<br>1* | 170-190  | 160-170 |

- 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 гипертонации 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 здоровья 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, 2000 г.
2. Балагин В.М., Митрофанова Г.П., Онучина Н.Б. - «Вопросы охраны материнства» 1999 г., № 6, стр. 16-21.
3. I?ennis I.L. - Pediat. Clin. N. Amer.,2002, v. 9, p. 911-92Q.
4. «Руководство по инфекционным болезням у детей». ГЭОТАР Мед. 1999 г.
5. Н.П.Шабалов «Детские болезни» Санкт-Петербург, 2012 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. 3-ое перераб. И доп.Изд. М.Медицина. 2003г.