

ЭКSIKOЗ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ

Тухтаназарова Наргиза Сайибовна

Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра инфекционных болезней

Развитие эксикоза, как сопутствующего синдрома осложняющего течение основного заболевания у детей, особенно раннего возраста- проблема достаточно распространенная. Причины, приводящие к дефициту жидкости в организме ребенка разнообразны. К ним можно отнести и нарушения поступления жидкости в организм, обусловленные сильной болью при глотании (ОРВИ, афтозные стоматиты); и различные варианты сужения пищевода (пилоростеноз, пилороспазм) с частым развитием синдрома рвоты и срыгивания; и кишечную непроходимость с секвестрацией жидкости в «третьем пространстве»; и лихорадочные состояния с большими потерями на перспирацию: и патологию эндокринной системы(врожденная дисфункция коры надпочечника, диабетический кетоацидоз, несахарный диабет, тиреотоксикоз). Знание основных патогенетических механизмов , приводящих к развитию обезвоживания позволит быстро и эффективно корригировать это состояние.

У детей к основным причинам нарушения водно-солевого обмена можно отнести внешние потери жидкости. Они чаще всего связаны с диареей, рвотой, высокой лихорадкой, т.е. эксикоз развивается когда скорость потери внеклеточной жидкости превышает скорость ее восполнения [1]. Но основной этиологической причиной развития у детей раннего возраста, безусловно, являются острые кишечные инфекции.

На сегодняшний день выделяют 4 основных патогенетических механизма диареи: кишечная секреция, кишечная экссудация, повышение осмотического давления в просвете кишечника и нарушение транзита кишечного содержимого. Нарушение водно-электролитного баланса при секреторных диареях развивается вследствие активной секреции натрия и воды в просвет кишечника. Основными активаторами этого процесса являются бактериальные токсины и вирусы [2]. Ведущей этиологической причиной развития ОКИ в нашей стране являются ротавирусы. Эксикоз достоверно чаще выявляют при тяжелых формах острых диарей. На частоту развития и выраженность обезвоживания оказывает влияние уровень поражения ЖКТ .Ведущим симптомом острых диарей , протекающих с обезвоживанием , является рвота. Ее выраженность коррелирует со степенью эксикоза. Наличие этого синдрома увеличивает риск развития обезвоживания примерно в 3,5 раза., а сочетание рвоты, обильного жидкого стула, повышенного газообразования и болей в животе –более чем в 8 раз.

При обследовании ребенка с эксикозом педиатр должен решить две основные задачи- оценить его выраженность и качественные характеристики потерь. «Золотым стандартом» градации эксикоза у детей считают потерю массы тела. Остро развившийся дефицит массы тела отражает потерю жидкости , а не мышечной массы. Клинические признаки эксикоза появляются при дефиците массы более 4%. Но на практике нередки случаи, когда родители затрудняются назвать точную массу тела ребенка до начала ОКИ. В таких случаях степень обезвоживания оценивают по совокупности нескольких симптомов: снижению тургора кожи, отсутствию слез, сухости слизистых и кожи, западению окологлазной клетчатки и большого родничка, снижению диуреза, нарушению ментального статуса, наличию признаков сосудистой недостаточности [3].

Вторая задача, стоящая перед педиатрами, при осмотре ребенка с обезвоживанием-определить тип эксикоза. Нарушение водно-электролитного баланса у детей может носить характер гипонатриемии, что соответствует гипотоническому типу обезвоживания и гипернатриемии-гипертонический тип обезвоживания.

Изотонический тип обезвоживания-наиболее частый вариант эксикоза у детей. При ОКИ он регистрируется в среднем у 93% пациентов. Развитие такого типа эксикоза связано с потерями изотонического содержимого ЖКТ при диарее и повторной рвоте. Коррекция водно-электролитного баланса зависит от степени обезвоживания. При тяжелом эксикозе лечение должно быть направлено на обеспечение сердечно-сосудистой стабильности. Препаратом выбора должен стать физиологический раствор независимо от типа обезвоживания. Быстрое введение гипотонических или гипертонических кристаллоидных объемовосполняющих растворов связано с развитием диснатриемии, отека мозга. В то время как инфузия изотонических жидкостей поможет восстановить внутрисосудистый объем и нормализовать тканевую перфузию без развития серьезных осложнений.

Общие принципы регидратационной терапии включают в себя соблюдение этапности проводимых мероприятий при условии постоянного наблюдения состояния ребенка [4]. На первом этапе необходимо восполнить дефицит жидкости. При невозможности пероральной регидратации- внутривенное введение кристаллоидов 10-20 мл/кг в течение 2-4 часов. Основная задача второго этапа- возмещение объема текущих патологических потерь.

Парентеральное введение жидкости должно быть строго обоснованным. Предпочтение следует отдавать оральной регидратационной терапии во всех случаях, за исключением тяжелого обезвоживания и признаков выраженных гемодинамических нарушений, появления симптомов кишечной непроходимости, неврологических нарушений.

Введение в практику оральной регидратационной терапии позволило за последние годы снизить детскую смертность. Пероральная регидратация при острых диарейных заболеваниях, протекающих с симптомами легкого и умеренного эксикоза рекомендована как основная базовая терапия. Ее необходимо назначать независимо от возраста, этиологии диареи, начального уровня натрия в крови [5].

Оральная регидратационная терапия при легком и умеренном обезвоживании - наиболее физиологичный и патогенетически верный способ коррекции данного состояния. При этом необходимо соблюдать следующие правила: частое дробное питье чайными ложками по 5 мл каждые 1-5 минут позволяет избежать рвоты и вводить за час до 150-300 мл жидкости, в качестве регидратирующего раствора желательно использовать готовые смеси пероральных регидратационных солей с низкой осмолярностью. Если ребенок находится на грудном вскармливании, то необходимо продолжить кормление грудью или возобновить его, как только это станет возможным.

Кроме того, нужно объяснить родителям больных детей, что часто употребляемые в быту жидкости содержат недостаточное в условиях обезвоживания количество натрия и избыточное количество углеводов, что может привести к усилению диарейного синдрома и развитию симптомов гипонатриемии.

Таким образом, обобщая накопленный опыт можно заключить, что своевременная и адекватная коррекция водно-электролитных нарушений у детей с ОКИ позволила значительно снизить летальность при острых диареях, частоту развития тяжелых форм, необходимость и длительность госпитализации и существенно сократить экономические затраты.

BIBLIOGRAPHY:

1. Nikolaevna, S.O., 2024. CLINIC OF THE INITIAL PERIOD OF SALMONELLASIS CAUSED BY SALMONELLA TYPHIMURIUM IN CHILDREN. International Multidisciplinary Journal for Research & Development, 11(01).
2. Bakhodirovna, M.D. and Taxirovich, A.S., 2024. CHARACTERISTICS OF RHINOVIRUS INFECTION. International journal of medical sciences, 4(08), pp.55-59.

3. Mirzakarimova Dildora Bakhodirovna, Abdukodirov Sherzodjon Taxirovich (2024) "MEASLES DISEASE AND SYMPTOMS", International Multidisciplinary Journal for Research & Development, 11(08). Available at: <https://www.ijmrd.in/index.php/imjrd/article/view/1855> (Accessed: 2 November 2024).
4. Taxirovich, A. S. (2023). The Main Etiological Factors, Methods of Prevention and Treatment of Meningitis. Inter-national Journal of Scientific Trends, 2(2), 141-148.
5. Nikolaevna, S.O., 2023. SOME ASPECTS OF APOPTOSIS AND INFECTIOUS DISEASES. International Multidisciplinary Journal for Research & Development, 10(10).

WORDLY
KNOWLEDGE