



## Особенности Кишечных Токсикозов У Детей Раннего Возраста

Рахматова Мавлюдахон Мамасидиковна  
Усманова Яйрахон Гуламовна

**Аннотация.** Кишечные токсикозы у детей раннего возраста представляют собой острые патологические состояния, развивающиеся на фоне кишечных инфекций и характеризующиеся выраженными метаболическими нарушениями, обезвоживанием и интоксикацией. Анатомо-физиологические особенности детского организма, включая незрелость иммунной системы, повышенную проницаемость сосудистой стенки и ограниченные компенсаторные механизмы, обуславливают высокую восприимчивость детей раннего возраста к развитию тяжелых форм токсикоза. В работе рассматриваются этиопатогенетические механизмы кишечных токсикозов, клинические проявления, особенности диагностики и современные подходы к лечению и профилактике. Особое внимание уделено важности раннего распознавания симптомов дегидратации и нарушений водно-электролитного баланса, а также рациональной терапии с учетом возраста и тяжести состояния ребенка. Проведенный анализ подчеркивает необходимость мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов данной категории для снижения риска осложнений и летальности.

**Ключевые слова:** Кишечные токсикозы, детей раннего возраста, обезвоживания, интоксикация, иммунная система, нарушения водно-электролитного баланса, дегидратация.

**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 времени 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 водodefицитную 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 водodefицитном типе повышены, а при соледефицитном - понижены).



**Таблица 1.**  
**Типы дегидратации**

Для дифференциации степени дегидратации и одновременного расчета объёма жидкости,

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

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), без покоен или болезненно раздражён;
2. ищите есть ли 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, биоллакт, 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 - потеря массы (в %) и как вспомогательный симптом диурез [1,3] (табл. 2).

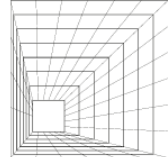
Исходя из этого, нами введено правило, согласно которому участковый медицинский

**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, %	Диурез	От 7 дней до 1 мес.	1-3 мес	4-6 мес.	7-12 мес.	1-3 мес.
I	До 5 (у новорожденного до 10)	Олигурия	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 1*	170-190	160-171

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 до госпитально этапа детям уже проводилась регидратационная терапия, то в результате этого через несколько часов симптомы дефицита воды и гипертонии плазмы (при водodefицитном варианте) могут значительно уменьшиться, что даёт основание при госпитализации ребенка расценивать дегидратацию как изотоническую.

**Вывод:** Удельный вес водodefицитного обезвоживания в общей структуре кишечных токсикозов у детей раннего возраста в условиях жаркого климата колебаться 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, 2000 г.
2. Балагин В.М., Митрофанова Г.П., Онучина Н.Б. - «Вопросы охраны материнства» 1999 г., № 6, стр. 16-21.
3. Iennis I.L. - *Pediat. Clin. N. Amer.*, 2002, v.9, p. 911-92Q.
4. «Руководство по инфекционным болезням у детей». ГЭОТАР Мед. 1999г.
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.