



Астана Медицина Университеті АҚ  
Балалар аурулары кафедрасы

***ПРЕЗЕНТАЦИЯ***  
***Балалардағы диарея, өте ауыр  
сусыздану.***

Орындаған: Еркебай А.Д.

Қабылдаған: Жубанышова К.Б.

Астана-2017ж

# **Жоспар**

**Кіріспе**

**Негізгі бөлім**

Диарея және оның түрлері

Клиникасы

Диагностикасы, емі

**Қорытынды**

**Пайдаланылған әдебиеттер**

# Балалардағы диарея

- **Балалардағы диарея өте ауыр сусыздану** - бұл бала организмнің арнайы емес жауап реакциясы, басты орында зат алмасудың бұзылуы, ол организмнің сусыздануымен және сұйық нәжіс пен құсуымен, электролиттерді жоғалтумен (натрий, калий және биокарбонаттар) байланысты. Егер осы жоғалту сайма-сай болса, онда орнына келмейді және су электролит талшығын тудырады сөйтіп сусызданудың дәрежесі белгілері мен әйгіленуіне сәйкес, сұйықтықты жоғалтуы санымен білінеді.

# Клиникалық классификациясы:

**ИВБДВ(БШАИЖ) бойынша диареяның клиникалық классификациясы(0-ден 5-жасқа дейін):**

**Ауырлық дәрежесі бойынша (ИВБДВ) :**

ауыр сусыздану;

шамалы сусыздану;

сусыздану жоқ.

**0 ден 2-айлық балалардағы диарея кзақтығы бойынша (ИВБДВ):**

ауыр созылыңқы диарея (диарея 14 күн және одан жоғары).

**2-айлықтан 5 жасқа дейінгі балалардағы диареяның ұзақтығы бойынша (ИВБДВ):**

ауыр созылыңқы диарея (диарея 14 күн және одан жоғары, сусыздану);

созылмалы диарея (диарея 14 күн және одан жоғары ,сусыздану болмайды).

### **АІЖ зақымдау топикасы бойынша:**

гастрит;

энтерит;

энтероколит;

колит;

гастроэнтерит;

гастроэнтероколит.

### **Ауырлық дәрежесі бойынша**

жеңіл;

орташа ауыр;

ауыр формасы.

### **Этиологиясы бойынша:**

бактериальды инфекция: шигелллез, сальмонеллез, эшерихиоз, іш сүзегі, паратиф, иерсиниоз, холера; □

вирусты инфекция: ротавирусты гастроэнтерит, аденовирусты, норлоквирусты, энтеровирусты, реовирусты инфекция және т.б; □

Ішек инвазиялары : амебиаз, лямблиоз, аскаридоз және басқа гельминтоздар.

### **Ауру ағымы бойынша :**

жедел (1 айға дейін);

созылыңқы (1- 3 ай);

созылмалы (3-айдан жоғары).

# Сусыздану түрлері

**Ауыр сусыздану-** Кез келген 2 оданда көп келесі белгілері: - сананың тежелуі/жоғалуы - тамақ ішпеуі немесе нашар ішуі - көз шүңіреюі - тері қатпарының жазылуы (2 секундтан көп)

**Шамалы сусыздану-**Кез келген 2 немесе одан көп келесі белгілер: - мазасы болмау , баланың тітіргенгіштігі - көз шүңіреюі – тамақты ашқарақтанумен ішуі, шөл - тері қатпарының жазылуы

**Сусыздану жоқ**

# Клиникасы

Нәжіс түрі (сұйық, су тәрізді, «күріш ботқасы тәрізді», шамалы ғана, патологиялық қоспалардың болуы);

қызба;

Құсу мен лоқсу;

Іштегі ауырсыну;

Нәжіс жиілігі (Тәулігіне 3 рет және одан көп );

Диареяның ұзақтығы 14 күн және одан көп  
(Созылыңқы диарея);

Өңінің бозаруымен байланысты жылау ұстамасы

Судорогалар;

# Физикалық тексеру:

## 1. Сусызданудың ауыр және шамалы белгілері:

- - мазасының кетуі немесе жоғарғы тітіргеніштік;
- - сананың бұзылуы (тежелуі) сананың төменгі деңгейі, көз шүңіреюі;
- - тері қатпарларының жазылуы (баяу немесе өте тез - 2 секундтан кем емес);
- - шөлдің білінуі, бала ашқарақтанып ішеді, немесе керісінше сылбыр ішеді;
- - тамақтан ішуден бас тартады, кез келген ішкен тамақтан, судан құсады.
- 2. Нәжісінде қанның болуы.
- 3. Тамақтанудың бұзылу белгілері (салмағы/бойы  $<70\%$  немесе 3 есе стандартты ауытқуы, аяқ-басы іседі.
- 4. Құрсақ қуысы қолмен білінетін тығыздық.
- 5. Ішінің кебіуі.
- 6. Күнделікті дене массасын бақылау және диареяны есепке алу (ол сусыздануда төмендейді) (1-А, 5-С).

# Лабораториялық зерттеу:

1. Қанның жалпы анализі.
2. Зәрдің жалпы анализі.
3. Биохимиялық қан анализі, жалпы белокқа, азот қалдығына, креатинин, электролитті (натрий, калий, хлор)анықтау.
4. Нәжісін 3-еселеніп сеуіп патогендік флора үшін бактериялық зерттеуге жіберу .
5. 2 жастан төменгі балалардан УПФ үшін нәжістің бактерологиялық себіндісін алынуы.
- 6.Құсықтағы,асқазан шайындысындағ,қанданы, несептегі,нәжістегі патогенді/шартты патогенді флораны анықтау үшін бактериологиялық зерттеу.

**Инструменталдық зерттеу:** - күнделікті өлшеу және диурезді (несеп шығарылуын) анықтау; - артериялық қысымды міндетті түрде өлшеу (ауыр сусыздануды төмен болады) орталық вена қысымы (теріс көрсеткішке дейін төмендеуі) .

**Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:**

1. Жалпы қан анализінде толық ашылған тромбоциттер санын анықтау, гематокритті анықтау.
2. Патогендік флораға нәжісінің 3-есе бактерологиялық себіндісі.
3. УПФ-ға 2 жастан төменгілердің нәжісінің бактерологиялық себіндісі.
4. Зәрдің оптикалық тығыздығын зәрдің жалпы анализі арқылы анықтау.
5. Қан плазмасындағы жалпы белок, азот қалдығын, креатининді анықтау.
6. Қан плазмасындағы натрий деңгейінің натрий, калий, хлорды анықтау және дегидратация көрсеткіштерін және инфузионды ертінді басталу көрсеткішін анықтау.
7. Күнделікті салмағын өлшеу.
8. Диурезді анықтау.

## **Емдеу тактикасы:**

Патогенез күйіндегі дегидратацияның негізі маңызды, ауыр сусыздану диареямен жүретін баланы емдеуде, бірінші кезектегі міндет - регидратациялық терапия, жасушалардан тыс, көлемі және электролиттік бұзылудың орнына келуі.

Ем мақсаты

1. Дегидратацияны жою және патологиялық ысырапты толтыру - сусызданудың жоғалу критериясы және дене массасының қосылуы.
2. Циркуляциядағы плазманың көлемін толтыру, гиповолемияны жою. Тиімділік критериясы болып артериялық қысымды су бағанасымен 70 мм-ден жоғары көтеру және диурездің сағатпен қалып келуі болып табылады.
3. Электролит, гемоглобин деңгейін, белоктарды (жалпы белок 60 г/л ден кем болмауы, альбумин - 55% кем емес, гемоглобин - 100 г/л кем емес, гематокрит - 0,3 кем емес) орнына келтіру.

## Дәрі-дәрмексіз ем (1-А)

### 1. Тамақтандыру.

Әр 4 сағат сайын, тамақтандыру санын ұлғайту, ауруды шыдамдылықпен сөткесіне 6-8 рет әртүрлі көлемде ұсына отырып тамақтандыру (әртүрлі 3-4 сағатта). Бөлшектеп тамақтандырудың негізгі мақсаты жасына қарай калориялық нутриентке, микроэлементке, витаминге қажеттігін қамту және дене салмағының тұрақты қосылуына жетістікпен жету.

Диарея 2 апта ішінде тоқтағаннан кейін баланың жас ерекшелігіне қарай күніне бір рет қосымша тамақтандыру.

**2. Ішу режимі:** қосымша сұйықтықты ендіру, су -баланың қалпына келуіне мүмкіндік туғызады және организмге калий енуін қамтамасыз етеді.. Сонымен қатар сұйық тамақ (сорпа, күріш қайнатпасын ), таза су, МОРС, қантсыз өрік қайнатпасын қайнатпа ретінде ұсынуға болады. Егер бала емшекпен қоректенсе, анасы жиі емізу керек және осылай тамақтандыруды әр уақыт жалғастырады.

# Дәрі-дәрмектік емі

1. Регидратациялық терапия: ауыр сусызданған балаға регидратациялық (жоспарда) заттар тез беру қажет, ол мұқият мониторингпен жүргізілуі тиіс, ал бала жағдайы жақсарғанда - регидратация ауыз арқылы беріледі. Тамшылатқышты орнату, егер бала іше алса ОРС ертіндісін беру. Ауыр сусызданған балаға вена ішімен сұйықтықты ендіру .

12 айданкіші балаға-1 сағатта 30мл\кг ;5сағатта 70мл\кг ендіру

12 айдан үлкен балаға- 30мин 30мл\кг ендіру;2,5сағатта 70мл\кг ендіру.

Кәрі жілік артериясында пульс әлсіз немесе анықталмаса, осы көлем сақталады.

Жағдайын әр 15-30 минутта қайталайды. Егер гидратация статусы жақсармаса, тамшылата ендірілетін сұйықтық жылдамдығын арттырады.

Бала өздігінен іше алса (нәрестеге кәдімгі әр 3-4 сағат немесе ересек балаға күніне 1-2 сағат) ОРС-тың қосымша ертіндісін беру (5 мл/кг/сағ.).

Инфузиондық терапия маңызды элемент болып саналады,және ол алғашқы берілетін препараттар. Ол гемодинамикалық бұзылудың клиникалық көрінісіне және ионограмма көрсеткішіне байланысты. Егер қан тамырларының жетімсіздігі, гипонатриемиялық, гиповолемиялық шок болса, инфузиондық терапияға (сұйық енгізіп емдеу) каллоидты ертінділерді (реополиглюкинмен) қосып бастау керек. 5% альбумин ертіндісін, егер пациентте белок деңгейі төмен болған жағдайда ғана қолданады. Гипернатриемияны, емдеуде глюкоза немесе гипотоникалық (0,45% NaCl) тұзды ертіндісімен бастау қажет.

# Антибиотикотерапия

Нитрофуран тобы :Фуразолидон per os 8-10 мг/кг  
(3- Цефалоспорины: Цефиксим per os 8 мг/кг (2)  
Цефтриаксон в/м, в/в 50-75 мг/кг (1-2) Цефотаксим  
в/м, в/в 50-100 мг/кг (3-4) Цефепим в/в 50 мг/кг  
(2-3)

Аминогликозиды :Гентамицин в/м, в/в 3-7 мг/кг  
(2); Амикацин в/м, в/в 10-15 мг/кг (2)

Аминопенициллины: Ампициллин/сульбактам  
Сультамициллин per os 25-50 мг/кг (2)

Макролиды :Азитромицин per os 1сут.-10мг/кг,  
далее 2-5 сутки 5мг/кг (1)

Сульфаниламиды: Ко-тримаксозол per os 6-8  
мг/кг/ по триметоприму) (2) Хинолоны

Налидиксовая кислота per os 60 мг/кг (3-4) 18

Фторхинолоны Норфлоксацин per os 10 – 20 мг/кг

(2) Карбапенемы Меропенем в/м, в/в 30-60 мг/кг (3)

# Пайдаланылған әдебиеттер

Лечение диареи. Учебное пособие для врачей и других категорий медработников старшего звена: Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. 25 2) Оказание стационарной помощи детям. Руководство ВОЗ по ведению наиболее распространенных заболеваний в стационарах первичного уровня адаптированное к условиям Республики Казахстан. 2010 г С. 1- 36, 109- 130. 3) Куттыкужанова Г.Г., Огай Е.А., Клиника и терапия острых кишечных инфекций. Алматы 2010. 4) Мазанкова Л.Н., Клинические рекомендации по лечению острых кишечных инфекций у детей. // Материалы VIII конгресса детских инфекционистов России/ г. Москва декабрь 2009. М.,2009. -С. 15. 5) Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 января 2012 года № 33 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний». 6) Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационарах первого уровня в Казахстане. ВОЗ, МЗ РК, 2006 год 7) Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста. Всемирная Организация Здравоохранения. Отдел Здоровье Ребенка и Развития. Казахстан. ЮНИСЕФ. 2013 год