



Жұқпалы аурулар кезінде дамитын шұғыл жағдайлардың диагностикалық тізбегі және жедел жәрдемі

Профессор Мусаев А.Т.

ЖМЖБ кафедрасы

Гипертермиялық синдром

- **Қызба** – ағзаның табиғи реактивтілігін іске қосатын, дене температурасының жоғарлауына алып келетін, терморегуляция үрдістерінің қайта қалыптасуымен сипатталатын және әртүрлі патогенді тітіркендіргіштерге жауап ретінде пайда болатын қорғаныс бейімдеуші фактор.
- Жоғары температура жағдайында микроорганизмдердің репродукциясы кенет төмендейтіндігі бекітілген

Ұзақтығы бойынша қызба бөлінеді:

- **жедел (2 аптаға дейін)**
- **жеделдеу (6 аптаға дейін)**
- **созылмалы (6 аптадан көп)**

Қызбаның жоғарлау дәрежесі бойынша ажыратылады:

- **Субфебрильді (37-38° С)**
- **Орташа жоғары немесе фебрильді (38-39° С)**
- **Жоғары немесе пиретикалық (39-41° С)**
- **Өте жоғары немесе гиперпиретикалық (41° С жоғары)**

Клиникалық жіктелуі

- «Қызыл» («алқызыл», «жылы», «қатерсіз») қызба
- «Ақ» («бозғылт», «суық», «қатерлі») қызба
- «Қызыл» («алқызыл», «жылы», «қатерсіз») қызба– тері жамылғысы орташа қызарған, ыстық, ылғалды, баланың мазасызданбайды, жылу өндірілу жылу шығаруға сәйкес келеді
- «Ақ» («бозғылт», «суық», «қатерлі») қызба – қанайналымның централизациясының айқын белгілері пайда болады, терісі бозғылт, мәрмәр суреттері тән, еріндері және саусақ ұштары көгерген, аяқ-қолдары салқын, суықты сезу, діріл, тахикардия, ентігу және тырысулар, сандырақ дамуы мүмкін. Қызбаны түсіретін терапия жеткіліксіз

Қызбаны төмендету қажет пе?

- ДСҰ ұсыныстарына сәйкес, қызбаны төмендету терапиясы дене температурасы 38,5°C жоғары болған жағдайда жүргізіледі.
- Дегенмен, анамнезінде тырысу болған жағдайда, егер гипертермия айқындылығының дәрежесіне тәуелсіз жағдайының нашарлауы, тері жамылғысының бозаруы және токсикоздың т. б. көріністерінде антипиретикалық терапияны жылдам бастау қажет

«Қызыл» гипертермия кезінде шұғыл көмек

- Физикалық әдістер: науқасты толығымен шешіндіру, басына, ірі тамырлар аймағына (мойын, қолтықасты, шап) мұзды қап қою, денесіне, аяқ-қолдарына жартылай спиртті ертіндіні, сірке қышқылының әлсіз ертіндісін жағу
- Көп мөлшерде сұйықтық ішу.
- Химиялық емдеу әдістері:
 - Ішке немесе ректальді парацетамол (ацетаминофен, панадол, калпол, тайлинол, эффералган және т.б.) 10-15 мг/кг ішке немесе 15-20 мг/кг ректальды
 - Егер 30-45 минут ішінде дене қызуы төмендемесе, антипиретикалық қоспаны б/етке енгізу керек:
 - анальгин (метамизол) 50% - 2,0 (балаларға 0,1 мл/жас) бірге қосып
 - димедрол 1% - 1,0 (балаларға 0,1 мл/жас) немесе пипольфен 2,5% - 1,0 (балаларға 0,1-0,15 мл/жас, бірақ 1 мл-ден көп емес)
 - 30 минут ішінде нәтиже болмаса – «бозғылт» қызба кезіндегідей шұғыл көмек

«Бозғылт» гипертермия кезінде ШҰҒЫЛ КӨМЕК

Бірмезетте антипиретикалық заттармен (жоғарыда қараңыз) қоса тамыркеңейткіш заттар беру керек:

- о Ішке папаверин немесе но-шпа 1 мг/кг мөлшерінде немесе
- о папаверин 2% -2,0 (балаларға 0,1-0,2 мл/жас) немесе но-шпа 2,0 (балаларға 0,1 мл/жас) немесе дибазол 1% - 2,0 (балаларға 0,1 мл/жас) б/етке

Қанайналымның централизациясының айқын белгілерінде немесе күшеюінде

- о Дроперидол 0,25%-4,0 (0,1 мл/кг бала салмағының) б/етке

Нейротоксикоз

- Нейротоксикоз (инфекциялық токсикоз) – ағзаның микробтық, вирустық инфекцияға жауап ретінде жылдам үдемелі дамидын гиперергиялық реакциясы. Нейротоксикоз науқастың жағдайының ауырлауымен, прекомадан комаға дейін дамидын әртүрлі дәрежедегі неврологиялық белгілердің дамуымен, қанайналымның, тыныс алудың зат алмасудың, электролиттік тепе-теңдіктің бұзылыстарымен сипатталады.

Нейротоксикоз



- Жиі тұмау, вирустық инфекция кезінде дамиды
- 3 жасқа дейінгі балаларда ауыр өтеді
- Негізгі белгілері – гемодинамиканың үдемелі нашарлауының фоннда дамидын неврологиялық белгілер
- Клиникасында: гипертермия, ОЖЖ , жүрек-қантамырлар, тыныс алу жүйелерінің , бүйрек қызметінің бұзылыстары

Патогенезі

- Нейротоксикоз кезінде ОЖЖ зақымдалуы вирустардың, бактериялардың токсиндерінің тікелей әсерімен, тамырлық және зат алмасу бұзылыстарымен, зақымдалған мүшелердің рефректорлы әсерімен байланысты.
- Нәтижесінде перифериялық тамырлардың түйілуі пайда болып, олардың кері әсері күшейіп, қанның реологиялық қасиеті өзгереді.
- Осы үрдістер бас миының ісінуіне және бас-сүйек ішілік қысымның жоғарлауына алып келеді.

ТОКСИКОЗ КЕЗЕҢДЕРІ

- Жайылмалы арнайы емес (шок тәрізді) реакциялар кезеңі
- 1. Шеткі қан айналымның, микроциркуляцияның бұзылыстары
- 2. Неврологиялық бұзылыстар
- Арнайы жергілікті зақымдалулар кезеңі
- 1. Зақымдалған мүшенің қызметтері микроциркуляциялық, неврологиялық бұзылыстардан басым болады
- 2. Патологиялық үрдістердің мүшелерде орналасуы

I дәрежелі токсикоз (компенсирленген)

- Прекапиллярлық бұзылыстар сатысы: токсиндердің, биологиялық белсенді заттардың, азот оксидінің әсерінен микроциркуляция бұзылады: прекапиллярлардың түйілу әсерінен капиллярларға қан аз мөлшерде өтетіндіктен, қан ағысы баяулайды, эритроциттердің, тромбоциттердің агрегациясы, сладж-синдромы дамиды. Тамыркеңейткіш препараттарға реакция бар.
- КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ: гиперсимпатикотония, бозғылттық, периоральды және периорбитальды цианоз, тахикардия, систолалық АҚҚ жоғарлауы; гипертермия, ентігу, менингеальды белгілер
- ОЖЖ: ирритативті фазасы, қозғыштық, мазасыздық, сандырақ, галлюцинациялар
- ҚНҚ (КОС): метаболикалық компенсирленген ацидозбен қатар респираторлы алкалоз

II дәрежелі токсикоз (субкомпенсирленген)

- Микроциркуляцияның экстракапиллярлы бұзылыстар сатысы: қан ұю факторларының патологиялық үрдіске қосылуы, микротромбтардың түзілуі, интерстициальды ісіну, тамырлар айналасында «муфт» дамуы. Бұл сатыда тамыркеңейткіш препараттардың нәтижесі болмайды.
- ОЖЖ – интерстициальды ісіну
- Клиникалық көрінісі: бозғылттық, мәр-мәр тері түсі, еріндердің цианозы; аяқ-қолдардың мұздауы, аз мөлшерде ісінуі (пастозные), ақ дақ белгісі тән. Гипертермия 40С дейін, тахикардия. АҚҚ төмен болады. Ентігу, олигоанурия, мұрыннан қан кетеді; менингеальды симптомдар тұрақты және айқын
- ОЖЖ: жағдайы сомнолентті-сопорозды, тырысулар тән
- Аралас ацидоз, гипоксемия. ДВС 2 дәрежесі

III дәрежелі токсикоз (декомпенсирленген)

- Тамыршілік өзгерістер сатысы: микроциркуляцияның салдануы, қанның патологиялық қорға жиналуы, қанайналымның орталықтан жүруі, ДВС. Тіндік гипоксия, мембранолиз, жасушалық ісіну, полиоргандық бұзылыстар (ИТШ)
- Клиника. Акроцианоз, аяқ-қолдардың мұздауы, аз мөлшерде ісінуі (пастозность) ; ақ дақ белгісі, теріде гипостаздардың дамуы. Гипо- немесе 40 С дейін гипертермия , салыстырмалы брадикардия, АҚЖ қалыпты жағдайдан 30 % дейін төмендеген. Брадипное, патологиялық тыныс алу. Қылилық (косоглазие), нистагм, менингеальды белгілер. Анурия, геморрагиялық синдром. ДВС 3 дәрежесі.
- ЦНС, Кома, судороги
- КОС: декомпенсированный ацидоз, гипоксемия

Салыстырмалы диагностикасы

- нейроинфекциялармен (менингит, энцефалит)
- Нейротоксикоз кезінде менингизмдік және энцефалиялық реакцияларды клиникалық ажырату қиын. Сондықтан жұлын сұйықтығын зерттеу қажет.
- Нейротоксикозбен науқастардың люмбальды пункциясы кезінде бас-сүйек ішілік қысым 250 мм дейін жоғарлауы анықталады. Бас-сүйек ішілік қысымның жоғарлауы тамырлық өрімдердің тітіркенуінен жұлынның көп мөлшерде өндірілуіне және оның сіңуінің бұзылысына байланысты.

Нейротоксикоз кезіндегі шұғыл көмек

- Гипертермияны және тырысуды тоқтату
- Дезинтоксикация және шеткі қанайналымды жақсарту – коллоидты ерітінділерді (гемодез) және 5% глюкоза, NaCl 0,9% ер-ділерін 2:1 қатынасында көк тамырға енгізу. Енгізілетін сұйықтықтың жалпы көлемі 20 -25 мл/кг
- Глюкокортикостероидтар - II - III дәрежелі токсикоз кезінде. – 1-2 мг/кг салмаққа көк тамырға 20 % глюкоза ерітіндісінде
- Гемодинамиканы тұрақтандыру:
 - I дәрежелі токсикоз - эуфиллин 2,4% - 10,0 (0,5-1,0 мл/жас)
 - II дәрежелі токсикоз - дроперидол 0,25% - 4,0 (0,1 мл/кг салмаққа)
 - III дәрежелі токсикоз - допамин 10 мкг/кг/мин
- Оксигенотерапия, көрсеткіштер болса ӨЖЖ
- Ауруханаға жатқызу

Круп

- Тыныстың тарылуымен асқынатын, көмей мен кеңірдектің әр-түрлі этиологиялы жедел қабынуы
- Круптың шынайы, күлдік және жалған түрлерін ажыратады. Сонымен қатар ол парагрипп, грипп, қызылша, жәншау сияқты басқа инфекциялармен дамуы да мүмкін
- Бұл синдром көбінесе 2-3 жастағы балаларда кездеседі. Ал емшек жасындағы (6-12 айлық) және 4 жастағы балалар сирек сырқаттанады
- 5 жастан асқан балаларда өте сирек кездеседі және 4 айға дейінгі балаларда ешқашан кездеспейді



Бейімдеуші факторлар

Бала көмейінің және кеңірдегінің анатомо-физиологиялық ерекшеліктері:

- Диаметрі кішкентай, жұмсақ шеміршектік қаңқаның иілгіштігі ;
- Кіреберісінің қысқа, тар болуы және воронка тәрізді пішіні;
- Жоғары орналасқан және пропорциональды емес қысқа дауыс қатпарлары;
- Дауыс саңылауын жауып тұратын аддуктор бұлшықеттердің гиперқозғыштығы;
- Рефлексогенді зонаның функциональды жетілмеуі және гиперпарасимпатикотония

Қолайсыз фондық факторлар:

- конституцияның даму ақауы (экссудативті-катаральды және лимфатико-гипопластикалық диатездер)
- Дәрілік аллергия
- Туа пайда болған стридор
- паратрофия
- Босану кезіндегі жарақат, кесар тілігі арқылы босану
- Поствакциналық кезең
- Жиі ЖРЖВА – мен сенсibiliзация

Көмей стенозының негізгі даму механизмдері

1. Көмей және кеңірдек шырышының (қатпар асты кеңістігі) жасушалық инфильтрациясымен сипатталатын қвбынулық және аллергиялық ісіну
2. Көмей бұлшықеттерінің рефлекторлы түйілуі
3. Бездер шырышының гиперсекрециясы, дауыс саңылауының аймағына тұтқыр қақырықтың, қатпарлардың, фибринозды немесе некротикалық

Клиникалық көріністері

- Дауыс тембрінің өзгеруі және дауыстың қарлығы
- Қатаң жөтел, «ит үргендей»
- Стеноздық тыныс
- Аурудың басталуы жедел, жиі кенет, көбіне түнде немес кешкі уақыттарда

Стеноз 1-ші дәрежелі (компенсирленген)

- ✓ Науқас мазасызданғанда, физикалық жүктеме кезінде тыныстың тереңдігі және шулауы өзгереді, инспираторлы ентігу пайда болады
- ✓ Гипоксемияның клиникалық белгілері болмайды
- ✓ Ағзаның компенсаторлы механизмдерінің көмегімен қанның газдық құрамы қанағаттанарлық деңгейде ұсталып тұрады

2 дәрежелі стеноз (субкомпенсирленген)

- ✓ Қашықтықта жақсы естілетін стеноздық тыныс алу тән, тыныштықта анықталады
- ✓ Ентігу инспираторлы сипатта, тұрақты
- ✓ Балалар әдетте қозған, ұйқысы бұзылған
- ✓ Тері жамылғысы бозғылт, жөтел, тахикардия ұстамасы кезінде күшейетін периоральды цианоз пайда болады
- ✓ pO_2 біршама төмендейді

3 дәрежелі стеноз (декомпенсирленген)

- ✓ Айқын мазасыздық сананың бежелуімен, ұйқышылдықпен ауысады
- ✓ Жөтел бастапқыда қатаң, қатты болады, кейіннен стеноздың күшеюіне байланысты тыныш, беткей болады
- ✓ Ентігу тұрақты, аралас сипатта болады
- ✓ Шулы, жиі тыныс алу тыныштау, беткей тыныс алумен алмасады
- ✓ Бастапқыда аускультативті өткізгіш сипаттағы қатаң сырылдар, кейіннен тыныс алудың барлық жерде бірдей әлсіреуі естіледі
- ✓ Жүрек тондары тұйықталады, тахикардия
- ✓ Қанда гипоксемия және гиперкапния айқын

4 дәрежелі стеноз (асфиксия)

- ✓ Науқастың күйі өте ауыр
- ✓ Терең кома дамиды, тырысулар болуы мүмкін
- ✓ Дене температурасы қалыпты немесе қалыптыдан да төмен сандарға түседі
- ✓ Тыныс алу жиі, беткей немесе кезеңдік апноэмен қатарласа жүретін ырғақсыз болады
- ✓ Жүрек тондары тұйық, брадикардия, кейіннен асистолия пайда болады
- ✓ Гипоксемия және гиперкапния ең шеткі мәндерге ие болып, ацидоз дамиды.

Күлдік круп пен басқа этиологиялы круптардың салыстырмалы диагностикасы



Көмей стенозы кезінде шұғыл көм

I дәрежесі кезінде:

- Жоғарғы тыныс жолдарының өткізгіштігін қалыпына келтіру, тарылуды азайту әдістері: ыстық аяқ ваннасы, кеуде клеткасына және балтыр бұлшық еттеріне қыша қағаздар қою. Стенозды рефлекторлы әдістер қолдану арқылы және бу ингаляциясымен азайту. Бұл процедураны гиперемия және жүрек қан-тамыр жетіспеушілігі жоқ науқастарға тағайындайды
- Жартылай отыру қалпы, жылы сілтілі сусындар беру.
- Десенсибилизирующие препараты – димедрол 1% - 0,1 мл/ жас .

Көмей стенозы кезінде шұғыл көмек

- II-III дәрежесінде (декомпенсация) ісіну компонентін жою үшін 3-5 мг/кг преднизолон, III-IV дәрежесі кезінде- 5-7 мг/кг бұлшық етке, көк тамырға енгізеді
- Қозғыштықты жою үшін- натрия оксипутират 20% 50-100 мг/кг 10% глюкоза ерітіндісімен к/тамырға немесе бұлшық етке енгізу қажет
- Тарылудың III-IV дәрежесінде– оксигенотерапия
- Ларингоскопия, кеңірдектің интубациясын және ӨЖЖ ауыстыру үшін реанимациялық бригаданы шақыру.

Ауруханаға жатқызу: стеноздың I-II дәрежесінде жұқпалы аурулар бөлімшесіне

- стеноздың III-IV дәрежесінде – реанимация бөлімшесіне

Жедел асқазан-ішек инфекциялары

- Жедел ішек инфекциялары жиі сусыздану және гиповолемиялық шок немесе айқын токсикозбен инфекциялы-токсикалық шок дамуымен ауыр ағымда өтеді, әсіресе балаларда.



Тағамдық токсикоинфекция

- Этиологиясы: сальмонелла, эширихиялар, стафилакокк, протей және т.б. Шартты патогенді микроорганизмдер.
- Бактериялармен инфицирленген және олардың токсикалық тағамдарды

ЖЕДЕЛ АСҚАЗАН-ІШЕК ИНФЕКЦИЯЛАРЫ (ЖАІИ)

- Жедел ішек инфекциялары ауыр ағыммен өтеді, себебі нәтижесінде ағзаның сусыздануы гиповолемиялық шок немесе айқын токсикоз және инфекциялық – токсикалық шок дамуы мүмкін. Бұл асқынулар әсіресе кішкентай балаларда кездеседі.

Тағамдық



ТОКСИКОИНФЕКЦИЯЛАР

- Этиологиясы: сальмонелла, эшерихия, стафилококк, протей және т.б. топтың шартты патогенді микро организмдері
- Бактериялармен және олардың токсикалық өнімдерімен инфицирленген тағамдық заттарды (етті, сүтті, кондитерлік өнімдер) қолдануға байланысты дамиды .
- Инкубациялық кезең – сапасыз тағам қабылдаған уақыттан бастап 2 сағаттан 14 сағатқа дейін аралықты қамтиды.
- Клиникалық көрінісі жедел гастрит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит түрінде өтуі мүмкін



ТТИ. Шұғыл көмек

Дезинтоксикациялық мақсатта:

- Асқазанды сумен немесе 2% гидрокарбоната натрий ерітіндісімен таза шайынды су шыққанша 10 литрге дейін су қолдана отырып шаю керек (кішкентай балаларда – әрбір жасына 1 литр су қолдану керек, бірақ су көлемі 10 литрден аспау қажет) . Асқазанды жуғаннан кейін ішке ішекті әлсіреткіш (слабительные) дәрілік заттар қолданылады (магния сульфат 25% ер-сі), тазалау клизмасы
- Регидратационды терапия – ішке тұзды ерітінді (регидрон және т.б.)
- Инфузионды терапия (айқын дәрежедегі интоксикация, эксикоз кезінде) – глюкоза-тұзды ерітінділер көктамырға енгізіледі. Балаларда алғашқы 1-ші сағатта 40 мл/кг салмағына есептеледі (ААҚ бақылау)
- Госпитализация: жұқпалы аурулар ауруханасына



Сальмонеллез



- Қоздырғышы — Enterobacteriaceae , Salmonella тұқымынан сальмонеллалар
- Инфекция көзі – үй жануарлары және құстар, қосымша көздер адам (науқас, тасымалдаушы)
- Таралу жолы: Ұзақ уақыт сыртқы ортада сақталады. Кейбір өнімдерде (сүт, ет өнімдерінде) тек сақталып қоймай, сонымен қатар өнімнің сыртқы көрінісін және дәмін өзгертпестен көбеюі мүмкін. Тұзды және қақталған тағамдар оларға әлсіз әсер етеді, ал мұздатқан өнімдердер микроорганизмдердің өмір сүру уақытын ұзартады.

Сальмонеллез

Инкубациялық кезеңі

- Алиментерлық жолмен жұғу 6 сағаттан 3 тәулікке дейін
- Жанаспалы-тұрмыстық жолмен 3 күннен -8 күнге дейін

Клиникалық түрлері:

- 1) гастроинтестинальды (локализациялық) түрі, гастриттік , гастроэнтериттік , гастроэнтероколиттік және энтероколиттік варианттармен жүреді
- 2) жайылмалы түрі тиф тәріздес және септикалық варианттармен жүреді
- 3) бактерия тасымалдаушы : жедел, созылмалы және транзиторлы
- 4) субклиникалық түрі

Асқынулары: инфекция-токсикалық шок, жедел бүйрек жетіспеушілігі, ТІҚҰ (ДВС)-синдром

Сальмонеллездің гастроинтестинальды түрі (жедел гастрит, гастроэнтерит немесе гастроэнтероколит) (96-98% жағдайда кездеседі)

- **Жеңіл түрі** – субфебрильді дене t , 1 рет құсу, тәулігіне 5 ретке дейін болатын сұйық нәжістің 1-3 күнге созылуы, сұйықтықтың жоғалтылуы дене салмағының 3% дейін
- **Орташа ауыр түрі**- дене t 38-39°C дейін 4 күнге созылады, қайталамалы құсу, тәулігіне 10 ретке дейін болатын сұйық нәжістің 7 күнге дейін созылуы; тахикардия, АҚҚ (АД) төмендеуі, эксикоз I-II дәрежесі
- **Ауыр түрі** – жоғары қызба (39°C жоғары), ұзақтығы 5 күнге және одан да көп күнге созылады, айқын интоксикация. Бірнеше күн көп реттік құсықтың болуы; сұйық нәжіс тәулігіне 10 реттен асады, көп мөлшерде, сулы, сасық иісті, шырыш аралас жасыл түсті. Балшыққа ұқсас нәжіс. Аталған сипаттағы нәжістің болуы 7 күнге және одан да көп күнге созылады. Бауырдың, көк бауырдың үлкеюі, терінің және склераның сарғаюы. Тері цианозы, тахикардия, АҚҚ төмендеуі. Олигурия, жедел бүйрек жетіспеушілігі . Сұйықтықты жоғалту дене салмағының 7-10% дейін

Дизентерия

- Қоздырғышы- шигелла бактерисы
- Инфекция көзі- науқас адам және бактерия тасымалдаушы . Дизентериямен науқас сырқаттың бастапқы сатысында өте қатерлі, кейде инкубациялық кезеңнің соңғы кезінде аталған науқастар қауіпті болып табылады.
- Тасымалдау жолы. Тағамдық өнімдер, су, тұрмыстық заттар ластанған кезде жұғады



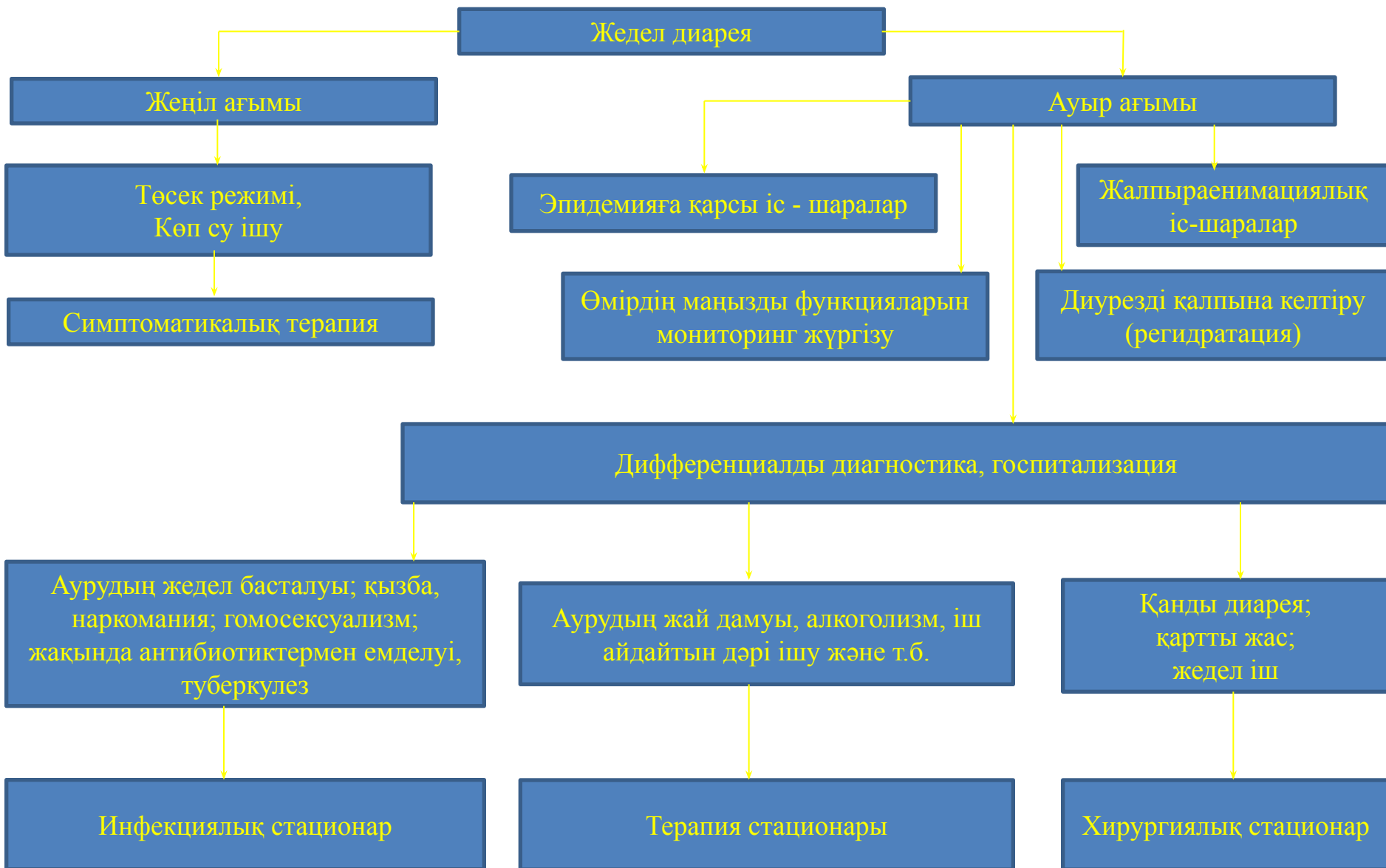
Патогенез



- Дизентериялық микробтар негізінен тоқ ішекте орналасады, қабыну шақырып, беткей эрозиялар және жаралар дамытады
- Негізгі факторлар токсинемия болып табылады. Токсинемияның негізінде шигеллезді улардың, және соныменқатар ішек бактерияларының экзо- және эндотоксиндерінің, зақымдалған тоқ ішектегі қабыну және некроз өнімдерінің қанға түсуі жатыр.
- Бірінші кезекте орталық жүйке жүйесі және перифериялық жүйке жүйесі, және жүрек қантамыр жүйесі, бүйрекүсті безі және асқорыту жүйелері зақымдалады.

- Инкубациялық кезеңі 6 сағаттан 7 күнге дейін
- Басталуы жедел, дене t жоғары сандарға дейін жоғарлауымен, интоксикациядан, іштің төменгі аймағындағы ауру сезімінен басталады. Ауру сезімі әсіресе сол жақ іш аймағынан орналасады, әсіресе дефекация алдында күшейіп, тенезмдар пайда болады.
- Іштің пальпациясы кезінде тоқ ішектің түйілуі және ауру сезімі күшейеді, әсіресе ауру сезімі сигма тәрізді ішек аймағында күшейеді.
- Кіші дәрет жиі, нәжіс сипаты бастапқы кезде қалыпты болады, кейіннен шырыш және қан аралас сипаттағы нәжіс пайда болады. Ал соңына қарай тек аз көлемде шырыш, қан қалдықтарымен бөлінеді.
- Сырқаттың ұзақтығы 1-2 күннен 8-9 күнге дейін
- Асқынулары : тік ішектің шырышты қабатының сыртқа шығып тұруы, ішектің тесілуі, инвагинациясы дамиды.

ДИАРЕЯ КЕЗІНДЕГІ ШҰҒЫЛ КӨМЕК АЛГОРИТМ ТІЗБЕГІ



ЭКСИКОЗ

- Құсық массасымен көп мөлшерде сұйықтық және электролиттер жоғалту нәтижесінде дамиды
- Инфекциялық агентпен шақырылған өзгерістер нәтижесінде дамыған перифериялық қанайналым бұзылыстары үдемелі метаболизмдік бұзылыстарға алып келеді

Эксикоз дәрежесін анықтау

Эксикоздың клиникалық критерилері

- I дәрежесі. Эксикозбен, шөлдеу сезімімен, терінің және көзге көрінетін шырышты қабатының аздаған құрғауымен, жеткілікті диурезбен сипатталады
- II дәрежесі. Әлсіздік, үлкен еңбектің және көз алмасының төмен түсуі, тері тургорының төмендеуі, терінің және көзге көрінетін шырышты қабатының құрғауымен, ентігумен, тахикардиямен, олигоуриямен, тері жамылғысының өзгерісімен (мрамор тәріздес , цианоз)
- III дәрежесі. Сананың тежелуімен, анорексиямен, арефлексиямен, тырысумен сипатталады. Беті үшкірленген, үлкен еңбегі және көз алмасы өте қатты төмен түскен, тері тургоры өте төмендеген. Тыныс алуы жиі, беткей; тахи- немесе брадикардия. Анурия, Ішек парезі.

Ағзадағы сұйықтықты патологиялық жоғалту

- Ауру басталған уақыттан бастап өткен уақытқа қарай, құсудың немесе диареяның басымдылығына қарай, температуралық реакция сипатына, ТЖ және т.б реакцияларды ескере отырып дегидратация түрін анықтауға болады.
- Аурудың алғашқы уш күнінде салмақ жоғалту, негізінен ағзадағы су есебінен жүреді.
- Ауру ұзақтығы ары қарай созылған кезде ағза тұздардан, белоктан, майдан айырыла бастайды
- Гипертермия және ентігу де сұйықтықтың жоғалуына және қанның жылдам қоюлануына алып келеді
- Құсу бірінші кезекте тұздардың (натрий, хлор), судың, қанның тез қоюлануына алып келеді
- Сұйық нәжіс – судың, калий тұздарының жоғалуын дамытады

Жасуша ішілік дегидратация (судың жеткіліксіздігі, гипертоникалық)

- Плазманың осмостық концентрациясының жоғарлауы . Жасушалар ішіндегі сұйықтық қан тамыр ішіне өтетіндіктен, жасуша ішілік сусыздану дамиды.
- Гипернатриемия (бір жастағы балаларда жиі гипонатриемия кездеседі)
- Сұйықтықты жоғалту дене салмағының 10 % аспау қажет
- Тері құрғақ, жылы, шырышты қабаттары құрғақ
- Афония, «құрғақ» жылау
- Гипертермия, тахикардия
- АҚҚ қалыпты немесе жоғары
- Олигоурия

Жасушадан тыс дегидратация (тұз жеткіліксіздік, гипотоникалық)

- Электролиттердің азаюы плазма осмолярлығының төмендеуімен және қан тамырдағы сұйықтықтың клетка ішіне енуіне алып келеді.
- Айналымдағы қан көлемі төмендейді, қанның реологиялық құрамы өзгереді.
- Гипонатриемия, гипокалиемия
- Науқастың жағдайы өте ауыр
- Салмақтың азаюы 10 %-дан асады
- Кенет әлсіздік, науқас тежелген, адинамия
- Гипотермия
- Тері тургоры төмендеген, үлкен еңбегі төмендеген; терісі салқын, мрамор тәріздес
- АҚҚ төмен, пульс жиі, жіп тәріздес
- Гипотония, гипорефлексия
- Ішек парезі тән
- Олигоанурия

Изотоникалық дегидратация

- Эквивалентті судың және иондардың азаюымен сипатталады
- Изотоникалық сусызданудың жеңіл дәрежесі метаболикалық бұзылыстармен және ішектік эксикоздың жиі кездесетін түрімен сипатталады.
- Калий және натрий концентрациясы қалыпты жағдайда болады
- Жиі бет-әлпеті үшкірленген; үлкен еңбегі және көз алмасы төмен түскен
- Шөлдеу сезімі орташа дәрежеде
- Жүрек тондары тұйықталған, тахикардия
- АҚҚ қалыпты немесе жоғары

ЭКСИКОЗ КЕЗІНДЕГІ ШҰҒЫЛ КӨМЕК ТІЗБЕГІ

- Сусызданудың I – II дәрежесінде – глюкоза-тұзды ерітінділермен оральді регидратация (регидрон және т.б.) 50 мл/кг бала салмағына, шай, су, күріш қайнатпасы $\frac{1}{2}$ - 1 шай қасықпен әр 5- 10 мин сайын
- Сусызданудың II – III дәрежесінде - 5% глюкоза ерітіндісін, натрий хлориді 0,9% көктамыр ішіне инфузиялау. Инфузия жылдамдығы балаларда ересектермен салыстырғанда аздау - 30 мл/кг енгізудің бірінші сағатында.
- Коллоидты ерітінділер (реополиглюкин, реомакродекс) сұйықтықтың $\frac{1}{4}$ бөлігінен көп болмауы тиіс және АҚК 10-20 мл/кг мөлшермен толықтырғаннан кейін ғана енгізілуі тиіс
- **Госпитализация:** жағдайының ауырлығына байланысты, ерте жастағы балаларды жұқпалы аурулар бөлімшесіне

Эксикоз дәрежесіне сәйкес енгізілетін сұйықтық көлемі

Эксикоз дәрежесі	Енгізілетін сұйықтық көлемі	
	пероральді	көк тамырға
I	100 (3 айға дейін– 80)	0 (3 айға дейін -20- 30)
II	60- 50	40- 50
III	40- 20	60- 80

*НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!*