

АО «Медицинский Университет Астана»

Программа ИВБДВ в борьбе с диарейными заболеваниями

Выполнила: Мергалиева А.Ж.

612 ВОП

Проверила: Кусепова Д.А.

Астана- 2016



По мировой статистике, от заболеваний, сопровождающихся диареей, ежегодно погибает **5 миллионов** детей.

Дети очень быстро обезвоживаются, с потерей воды и электролитов нарушаются процессы обмена веществ, так или иначе изменяется деятельность других органов.



- **Диарея** иначе называется *«жидкий или водянистый стул»*, с частотой три и более раз в течение 24 часов. Причиной диареи является кишечная инфекция, вызванная бактериями, вирусами или паразитами, которые попадают в кишечник через рот, с грязной водой, едой или с грязных рук. Диарея может вызвать обезвоживание. При обезвоживании, необходима быстрая коррекция дефицита жидкости и электролитов (обозначаемая термином «регидратационная терапия») и затем дальнейшее возмещение потерь организма по мере их появления до полного прекращения диареи (обозначаемое термином «поддерживающая терапия»).

- При диарее повышается потеря воды и электролитов (натрий, калий и бикарбонаты) с жидким стулом. Если эти потери не восполняются адекватно и создается дефицит воды и электролитов, развивается состояние обезвоживания. Степень обезвоживания классифицируется в соответствии с симптомами и признаками, отражающими количество потерянной жидкости. Режим регидратации выбирается в соответствии со степенью обезвоживания.



Для оценки больного ребенка с диареей
используются следующие четыре
клинических признака:

1. Сознание
2. Состояние глаз
3. Употребление жидкости
4. Состояние кожной складки



Согласно классификации
выделяют 3 степени
обезвоживания:

1. Нет обезвоживания
2. Умеренное обезвоживание
3. Тяжелое обезвоживание



ТЯЖЕЛОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ

Если у ребенка имеются **два или более** из следующих признаков:

- летаргичен или без сознания;
 - не может пить или отказывается от питья;
 - запавшие глаза;
 - кожная складка расправляется очень медленно,
- классифицируйте состояние ребенка как ***ТЯЖЕЛОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ.***



УМЕРЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ

Если у ребенка есть **два или более** из следующих признаков:

- беспокойный, раздражительный;
- пьет жадно, жажда;
- запавшие глаза;
- кожная складка расправляется медленно,

то состояние этого ребенка следует классифицировать как **УМЕРЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ**. Кроме того, если у ребенка один из признаков попадает в розовый (верхний) ряд, а другой - в желтый (средний) ряд, то состояние ребенка следует классифицировать как **УМЕРЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ**.

НЕТ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ

*Если у ребенка недостаточно признаков, чтобы классифицировать умеренное или тяжелое обезвоживание, то его состояние следует классифицировать как **НЕТ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ**.*



Лечение диареи

1. При отсутствии обезвоживания

план А

2. При умеренном обезвоживании

план Б

3. При тяжелом обезвоживании *план*

В



План А. У детей с диареей без признаков обезвоживания обычно имеется дефицит жидкости, но он составляет менее 5% от массы тела. Для профилактики обезвоживания таким детям надо давать больше жидкостей, чем обычно. Ребенок, у которого **НЕТ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ**, нуждается в лечении на дому.



4 правила лечения диареи на дому:

- Поить больше обычного;
- Продолжать кормит;
- Давать препараты цинка;
- Знать, когда вернуться
немедленно.



- *В домашних условиях после каждого жидкого стула следует давать раствор ОРС или другой жидкости в объемах: детям в возрасте до 2-х лет — 50–100 мл, возрасте 2–10 лет — 100–200 мл. Дети в возрасте от 10 лет и старше и взрослые должны получать жидкостей столько, сколько они ХОТЯТ.*



- **План Б.** У детей с умеренным обезвоживанием дефицит жидкости в организме составляет от 5 до 10% массы тела. Такой ребенок нуждается в жидкостях, добавках цинка и пище. Лечите ребенка оральными регидратационными солями (растворами ОРС). Дети, которых кормят грудью, должны продолжать грудное вскармливание. Другие дети должны получать свое обычное молоко или питательную пищу после 4 часов лечения ОРС.

- Ребенок с умеренным обезвоживанием должен лечиться в пункте оральной регидратации по плану Б.
Госпитализация проводится, если:
 - Кроме умеренного обезвоживания у ребенка есть любая другая классификация розового ряда;
 - После повторного лечения по плану Б (2 раза по 4 часа) нет эффекта;
 - В ходе лечения появляются признаки тяжелого обезвоживания.
- 

Количество ОРС, которое следует дать в первые 4 часа

Возраст	до 4 месяцев	от 4 месяцев до 12 месяцев	от 12 месяцев до 2 лет	от 2 лет до 5 лет
Вес	до 6 кг	6-10 кг	10-12 кг	12-19 кг
В мл	200-400	400-700	700-900	900-1400

Если вы знаете вес ребенка, объем раствора ОРС может быть также рассчитан путем умножения веса ребенка (в кг) на 75. Например, ребенку, весом 8 кг, нужно: $8 \text{ кг} \times 75 \text{ мл} = 600 \text{ мл}$ ОРС за 4 часа.



Как давать раствор ОРС:

- Давать жидкости из чашки частыми небольшими глотками.
- Если у ребенка появилась рвота, подождать 10 минут. Затем продолжить, но медленнее.
- Продолжать кормить грудью, когда бы ребенок ни захотел.
- По истечению четырех часов необходимо повторно оценить статус гидратации ребенка. Если у ребенка нет признаков обезвоживания, регидратацию можно считать завершенной и продолжать лечение на дому по плану, А с помощью раствора ОРС.



- **План В.** Если дефицит жидкости в организме составляет 10% и более от массы тела, это означает, что у ребенка тяжелое обезвоживание. Такие дети нуждаются в быстром восполнении жидкости в организме. Лечите внутривенным (ВВ) введением жидкостей.



Затяжная диарея

Если у ребенка диарея длится 14 и более дней и отсутствуют признаки обезвоживания, состояние ребенка следует классифицировать как **ЗАТЯЖНУЮ ДИАРЕЮ**.

Лечение. Детей с ЗАТЯЖНОЙ ДИАРЕЕЙ и отсутствием признаков обезвоживания можно безопасно лечить в условиях амбулатории. Наиболее важным в лечении большинства детей с затяжной диареей является специальное питание. Также важно давать ребенку мультивитамины и микроэлементы. У некоторых детей имеется некишечная или кишечная инфекция, которая требует специфическую антибактериальную терапию.



ТЯЖЕЛАЯ ЗАТЯЖНАЯ ДИАРЕЯ

Если у ребенка диарея в течение 14 и более дней, а также УМЕРЕННОЕ или ТЯЖЕЛОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ, классифицируйте состояние ребенка как **ТЯЖЕЛАЯ ЗАТЯЖНАЯ ДИАРЕЯ**.

Лечение. Если у ребенка диарея, которая длится 14 и более дней и сопровождается обезвоживанием, ребенка следует направить в стационар. Такие дети нуждаются в специальном лечении, и их не следует вести в амбулаторных условиях. Лечите обезвоживание у ребенка до направления в стационар, за исключением случаев, если у ребенка имеется другая тяжелая классификация.



Помните:

- Для лечения диареи не следует рутинно использовать антибактериальные препараты. Часто эпизоды диареи вызываются возбудителями, против которых антибактериальные препараты неэффективны (напр., вирусы), или бактериями, которые вначале следует высеять и определить их чувствительность к антибактериальным препаратам. Но бактериологическое исследование дорого и требует несколько дней для получения результата. Кроме того, лаборатории часто не могут выявить бактериальных возбудителей диареи.



- Противодиарейные препараты - а именно, препараты, снижающие перистальтику кишечника (напр., лоперамид, дифеноксилат, кодеин, настойка опиума), адсорбенты (напр., каолин, аттапульгит, смектит), живые бактериальные культуры (напр., *Lactobacillus*, *Streptococcus faecium*), а также активированный уголь, не имеют практической пользы у детей с диареей, а некоторые могут быть даже опасны. Никогда не давайте эти препараты детям в возрасте до 5 лет.
- Для лечения диареи не следует использовать противорвотные средства.

Одним из основных компонентов
руководств ИВБДВ является
консультирование людей,
ухаживающих за детьми, по вопросам
ведения больных на дому, включая
вопросы кормления, приема
жидкостей, а также то, **когда следует**
вернуться в медицинское учреждение.



Когда вернуться немедленно :

- ухудшилось состояние;
- не может пить или плохо пьет;
- не снижается температура;
- кровь в стуле.



Внедрение стратегии ИВБДВ –
это реальный путь выполнения
требований Государственной
программы реформирования
и развития здравоохранения
в переносе центра тяжести
со стационарной на амбулаторную
помощь.





Спасибо за внимание!