

*Клиническая медицина*

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОТДЕЛЬНЫХ  
НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ  
ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

**М.М. Бобоев, Азизов.Ю.Д., Мадумарова.М.М., Якубова, \***

*\* Андижанский государственный медицинский институт кафедра патфизиология  
Андижанский государственный медицинский институт  
Андижан Узбекистан*

**Ключевые слова:** *интенсивная терапия, экстренная помощь, диарея, дегидратация*

**Резюме:** *Проведен анализ 350 больных, лечившихся в отделении реанимации по поводу ОКИ за последние 5 лет. Основной терапии при этом состоянии является своевременная и адекватная коррекция водно-электролитного баланса и гипопроотеинемии с помощью инфузионной терапии, как в первые сутки поступления больного, так и на весь период продолжающихся потерь.*

**Resume:** *The analysis of 350 patients treated in the intensive care unit for the OKA over the past 5 years. The basis of therapy in this condition is timely and adequate correction of water and electrolyte balance and hypoproteinemia using infusion therapy, as in the first day of admission of the patient, and for the entire period of continuing losses.*

**Актуальность:** Несмотря на успехи, достигнутые в борьбе со многими инфекционными заболеваниями, проблема диарейных заболеваний в Узбекистане, как и во всем мире, продолжает оставаться актуальной. Медико-социальное значение проблемы

Определяется не только значительным распространением заболеваний, но и высокой частотой тяжелых осложненных форм заболевания, особенно, среди детей раннего возраста. Кроме того, диарейные заболевания косвенно способствуют повышению заболеваемости другими инфекциями, так как ведут к истощению и вследствие этого к снижению сопротивления организма[1,2]

Несмотря на достаточность литературных данных посвященных изучению диарейных заболеваний и их лечение, многие клинические и организационные аспекты проблемы острых кишечных инфекций, особенно у детей раннего возраста, продолжают оставаться нерешенными. Лечение неотложных состояний при острых кишечных инфекциях (ОКИ) нередко сводят только к ликвидации различных степеней эксикоза при помощи оральной и внутривенной регидратации.

**Цель исследования.** Наши исследования показали, что при ОКИ кроме различных степеней эксикоза и токсикоза у детей могут развиваться и другие патологические состояния, требующие интенсивных лечебных мероприятий.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ 350 больных, лечившихся в отделении реанимации по поводу ОКИ за 5 лет (2005-2010 гг.). Больные, лечившиеся

### *Клиническая медицина*

в отделении реанимации, составили 12,5%, от всех поступивших в больницу детей с ОКИ, большинство из них (89%) - дети грудного возраста.

Определяя показания для госпитализации в отделение реанимации, мы различаем следующие неотложные состояния у детей с ОКИ и, соответственно, проводим дифференцированные терапевтические мероприятия.

1. Интестинальный токсикоз с эксикозом II - III степени. Такое состояние встречается часто, в 42% наблюдений, обычно при ОКИ, сопровождающихся водянистой диареей и повторной рвотой, то есть при эшерихиозах, пищевых токсикоинфекциях. Однако у детей грудного возраста оно может развиваться при тяжелой форме ОКИ любой этиологии. Основным звеном нарушений следует считать эксикоз с потерей от 5 до 15% жидкости с развитием гипокалиемии и гипопроотеинемии. Последние нередко выявляются после коррекции эксикоза и ликвидации гемоконцентрации. У больных до года эксикоз носит, в основном, изотонический характер, снижение натрия наблюдается редко. Нарушения со стороны ЦНС, микроциркуляции и кислотно-основного состояния носят вторичный характер. Основой терапии при этом состоянии является своевременная и адекватная коррекция водно-электрического баланса и гипопроотеинемии с помощью инфузионной терапии, как в первые сутки поступления больного так и на весь период продолжающихся потерь. Для оценки адекватности проводимого лечения необходим постоянный клинико лабораторный контроль. Информативными лабораторными показателями является уровень гематокрита и концентрат электролитов в плазме, в первую очередь –  $K^+$  и  $Na^+$ , а также уровень общего белка. В качестве инфузионных средств мы используем изоосмичный глюкозополионный раствор (содержит натрия 86 ммоль/л). Из коллоидных растворов в острой фазе наиболее пригодным является реополитлюкин. Растворы альбумина мы используем после ликвидации обезвоживания, их применение в качестве «стартового раствора» нежелательно. Объем инфузионной терапии зависит от ряда факторов: возраста ребенка, степени эксикоза, объема продолжающихся потерь со стулом и рвотой усвоения пищи и питья и т. д. Но составление корректирующих программ и использование стандартных растворов позволяет врачу быстро делать необходимые расчеты. К инфузионным средам также добавляются кокарбоксылаза, АТФ, препараты для улучшения микроциркуляции (трентал, курангил). Более половины детей данной группы могут лечиться без применения антибиотиков, или получать их только через рот.

2. Генерализованные формы кишечных инфекций, септицемии, протекающие с выраженными явлениями интоксикации. Больные с этими формами составляли 33% от всех больных реанимационного отделения, указанные состояния наблюдается чаще всего при сальмонеллезе, иерсиниозе, клебсиеллезе. Они характеризуются наличием двух и более очагов поражения, из которых чаще всего встречаются пневмония и острый средний отит, реже встречается пиелонефрит и редко — миокардит.

*Клиническая медицина*

Тяжесть состояния больных объясняется, в основном, бактериальной интоксикацией, отмечают: вялость, откат от еды и питья, лихорадка, нечастая рвота, увеличение печени и селезенки, парез кишечника.

Лабораторно выявляется субкомпенсированный метаболический ацидоз, гипокалиемия, гипопроteinемия, сдвиги в формуле крови, повышенный в пределах 3-8 единиц лейкоцитарный индекс интоксикации.

Для больных данной группы важен быстрый этиологический диагноз с помощью серологических реакции и правильный подбор антибактериальных препаратов, бактериологическое исследование отделяемого из носа, ушей, посев мочи и фекалий с определением чувствительности выделенной флоры к антибиотикам. Таким больным проводят дезинтоксикационно-корректирующую инфузионную терапию с элементами парентерального питания. Суммарно объем калорий должен составлять 100-110 ккал/сут. По показаниям используем иммуноглобулин (внутривенно), прямые переливания крови, нативную (или замороженную) плазму, проводили гепаринотерапию из расчета 150-250 ед. гепарина на кг массы тела, применяем также ингибиторы протеолиза (контрикал, гордокс). Нейротоксикоз. В наших наблюдениях отмечен у 7% больных. Проявляется генерализованной реакцией с гипертермией, тахикардией, одышкой, беспокойством, нередко отмечаются клинико-тонические судороги. Это состояние чаще наблюдали при тяжелых формах дизентерии, при сочетании развития вирусной (ОРВИ) и бактериальной (кишечной) инфекции. Наблюдались также в период, когда на фоне протекающей кишечной инфекции у ребенка развивались осложнения в виде острого отита, пневмонии и т. д. Эксикоз у таких больных обычно был мало выражен, тургор тканей оставался в нормальной, большой роднички был выполненным или выбухал. Лабораторно обычно в крови выявлялся лейкоцитоз, повышение лейкоцитарного индекса интоксикации, метаболический ацидоз и компенсаторная гипокапния, отмечалось нарушение в свертывающей системе крови. Подобные состояния требуют самых неотложных мероприятий: ими являлись снятия судорог с помощью внутривенного введения седуксена (0,5 мг/кг) и пипольфена (1-2 мг/кг). В тяжелых случаях это достигалось снижением температуры тела физическими и медикаментозными методами. При судорогах делали в лечебно-диагностических целях люмбальную пункцию (лечебный эффект за счет снижения ликворного давления).

Лечебные мероприятия направлялись на нормализацию гемодинамики, профилактику отека мозга с помощью ганглиоблокаторов, нейроплегических препаратов, кортикостероидных гормонов. При выраженной тахикардии использовали бета-адреноблокаторы (обзидан). Введение этого препарата производился медленно, под контролем частоты пульса и даже ЭКГ. На первом этапе лечения строго ограничивали инфузионные среды, содержащие натрий. После ликвидации явлений нейрогосикоза инфузионная терапия проводилась (если сохраняется необходимость) по общепринятым принципам коррекции.

*Клиническая медицина*

**Вывод.** Кроме токсикоза и эксикоза при тяжелой форме ОКИ у детей необходимо иметь ввиду еще и развитие шока, острой почечной недостаточности и возникновение токсико- дистрофического состояния. Таким образом дифференцированный подход к оценке неотложных состояний при ОКИ у детей и их адекватная терапия позволяют снизить летальность среди реанимационных больных поступивших по поводу острых кишечных инфекций.

**Литература**

1. Вафакулов С.Х. «Проблема острых кишечных инфекций у детей раннего возраста и пути ее решения. Инфекция, иммунитет и фармакология» 2010 г. № 1-2. С 59-63.
2. Горелов А.В. «Терапию ОКИ в современных условиях /Вопросы современной педиатрии» 2004 Т.3 Л® 4 С. 72- 78.
3. Мирзаев К.М. «Актуальные вопросы острых кишечных инфекций у детей (Юкумли касалликларни урганишдаги ютуклар ва муаммолар)» Андижон 2003. С 15-17.
4. Убайдуллаева С.Ф., Ганиева М.Ш. «Инфекционные и неинфекционные диареи у детей: алгоритм лечения», «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ- СПИДа» Андижан. 2011 г. С 225.
5. Юлдашев Т.А. «Синдром диспепсии у детей и его лечение», «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ-СПИДа» Андижан. 2011 г. С 291.