

розчини регідрону, парентерально розчини вводилися лише третині хворих першої групи (28,5%), у другій і четвертій групах парентеральна регідрація проводилася значно частіше (43,7% і 38,5% хворих відповідно). З етіотропною метою хворі першої групи приймали лише фталазол і фуразолідон, у другій групі, крім цих препаратів, призначалися левоміцетин, ампіцилін, гентаміцин.

Після проведеної терапії у пацієнтів, які отримували “Сунамол С” і “Лактовіт”, швидше зникав больовий синдром (на 1 добу), швидше відбувалась нормалізація випорожнень (на 2-1 добу відповідно перша і третя групи), температури (на 2-1 добу відповідно), швидше зникав спазм сигмоподібної кишки (на 1 добу). У всіх цих хворих нормалізувалися показники ЛШ ($1,0 \pm 0,15$ і $0,5 \pm 0,1$) та ГПШ ($1,0 \pm 0,17$ і $0,5 \pm 0,1$), тоді як у хворих другої та четвертої груп ці показники залишались вищими і не нормалізувалися у жодного хворого (ЛШ $1,7 \pm 0,6$ і $0,86 \pm 0,5$; ГПШ $1,8 \pm 0,5$ і $0,86 \pm 0,55$ відповідно).

Таким чином, використання в лікуванні ГД, ХТІ, ГКІ “Сунамолу С” і “Лактовіту” приводило до швидшого зникнення клінічної симптоматики, нормалізації показників інтоксикації. Призначення “Сунамолу С” дозволяло звести до мінімуму проведення парентеральних інфузій.

Виходячи з вищезазначеного, слід широко використовувати “Сунамол С” та “Лактовіт” у лікуванні хворих на гострі кишкові інфекційні захворювання.

О.І. Сміян, О.І. Хоменко

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

Сумський державний університет,
Міська дитяча клінічна лікарня, м.Суми

При гострих кишкових інфекціях (ГКІ) у дітей досить часто виникають невідкладні стани, що потребують проведення інтенсивної терапії. Найбільш поширеним серед них є

токсикоексикоз. Інфузійна терапія – основний метод лікування токсикоексикозу. Вона абсолютно показана при токсикоексикозі II-III ст. тяжкості, що супроводжується нестримним блюванням, відмовою від приймання рідини.

Для адекватного проведення інфузійної терапії необхідно вирішити такі питання:

I Визначення добової потреби в рідині, що складається з ФПР (фізіологічна потреба в рідині)+рідина заміщення об'єму (РЗО)+поточні патологічні втрати (ППВ).

Розрахунок ФПР на час введення є більш фізіологічним у порівнянні з добовим визначенням, оскільки створює умови для зменшення кількості ускладнень під час інфузійної терапії. ФПР можна розрахувати так: новонароджені: 1-й день життя - 2 мл/кг/год; 2-й день життя - 3 мл/кг/год; 3-й день життя - 4 мл/кг/год; діти: масою до 10кг - 4 мл/кг/год; масою від 10 до 20 кг - 40 мл/год + 2 мл на кожний кг маси понад 10 кг; масою більше за 20 кг-60 мл/год + 1 мл на кожний кг маси понад 20 кг.

РЗО визначається за клінічними ознаками або відсотком втрати маси тіла: 1% дегідратації=10 мл/кг; 1кг втрати маси=1 л.

ППВ визначаються зважуванням сухих і використаних пелюшок, памперсів, визначенням кількості блювотиння або за допомогою розрахунків, запропонованих Є.Ю. Вельтищевим: 10 мл/кг/добу на кожний градус температури понад 37,0⁰С; 20 мл/кг/добу при блюванні; 20-40 мл/кг/добу при парезі кишечника; 25-75 мл/кг/добу при діарейі.

II Визначення добової потреби в електролітах. При проведенні лабораторного контролю дефіцит електролітів визначається за загальновідомими формулами. Якщо лабораторний контроль не проводиться, калій вводиться з розрахунку фізіологічної потреби (1—2 ммоль/кг/добу). Максимальна кількість добового калію не повинна перевищувати 3-4 ммоль/кг/добу. Препарати калію, в основному хлорид калію, вводяться внутрішньовенно краплинно на 5% розчині глюкози. Додавання інсуліну не рекомендується. Концентрація калію хлориду в інфузаті не повинна

перевищувати 0,3-0,5% (максимально 6 мл 7,5% КС1 на 100 мл глюкози). Частіше за все використовується 7,5% розчин хлориду калію (1мл 7,5% KCL містить 1ммоль K⁺). Перш ніж вводити калій в інфузат, необхідно досягти задовільного діурезу, оскільки наявність анурії чи виражена олігурія є протипоказанням для внутрішньовенного введення калію.

III Співвідношення внутрішньовенно введеної рідини і рідини, введеної per os, залежить від можливості дитини приймати рідину всередину. Рідина, що не може бути прийнята через рот, вводиться внутрішньовенно.

IV Склад розчинів для внутрішньовенної інфузії залежить від типу дегідратації. Враховуючи, що найбільш часто спостерігається ізотонічна дегідратація, для проведення регідратаційної терапії найоптимальнішими є 5% розчин глюкози та деякі колоїдні розчини. У багаторічній практиці роботи нашої клініки ми повністю вилучили із застосування для регідратаційної терапії сольові розчини (правда, це не стосується холери). Це пов'язано з тим, що у дітей раннього віку фільтрація іонів натрію нирками в 5 разів менша, ніж у дорослого, спостерігається гіперпродукція реніну та альдостерону як захисної реакції на гіповолемію, резорбція іонів натрію з клітин відбувається швидше, ніж іонів калію. Все це сприяє розвитку гіпернатріємії у дітей. Тенденція до гіперосмії розвивається в перші години ексикозу. Ця фаза супроводжується згущенням крові, втратою кисню тканинами, підвищенням вмісту сечовини, обмеженням здатності виділяти іони натрію в кишечник. Таким чином, інфузійна рідина, що містить іони натрію, може зумовлювати розвиток гіпернатріємії і набряк клітин. Щодо колоїдних розчинів, то слід зазначити, що поліглюкін і гемодез, які інколи застосовують при лікуванні кишкових інфекцій, збільшують об'єм циркулюючої плазми за рахунок зневоднення тканин. Крім того, ці препарати погіршують реологічні властивості крові, викликають підвищення її в'язкості, зумовлюють розвиток ДВЗ-синдрому. Препаратами вибору в даному випадку є 5% альбумін та

реополіглюкін. Співвідношення глюкози й колоїдів у дітей раннього віку має бути 3:1. Додаткове введення сольових розчинів можливе лише при лабораторному контролі вмісту натрію в плазмі хворих.

У Швидкість введення розчинів при внутрішньовенній регідратації. При токсикозі III ст. і гіповолемічному шоку стартова швидкість впродовж 1-2 годин повинна бути високою: 10-20 мл/кг/год, потім найоптимальнішою є швидкість введення 3-6 мл/кг/год.

При проведенні інфузійної терапії проводиться динамічний нагляд за частотою дихання, частотою пульсу, артеріальним тиском, центральним венозним тиском, загальним станом хворого, діурезом, лабораторними показниками (гемоглобін, гематокрит, цукор крові, сечовина, креатинін, рівень електролітів).

Т.П.Бинда, О.С.Захарчук

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Сумський державний університет,
Міська клінічна дитяча лікарня, м. Суми

Останніми роками проведений перегляд показань до призначення антибіотиків та інших антибактеріальних препаратів при ГКІ у дітей і перелік їх значно звужений.

Призначати антибіотики показано лише:

- при середньотяжких і тяжких формах інвазивних діарей (черевний тиф, дизентерія, сальмонельоз, ентероінвазивний ешерихіоз, кампілобактеріоз, ерсиніоз);
- при тяжких формах секреторних діарей;
- при септичних формах інфекції;
- за наявності позакишкових вогнищ інфекції;
- за наявності вторинних бактеріальних ускладнень.

До антибактеріальних препаратів, які часто використовуються в лікуванні ГКІ у дітей, належать