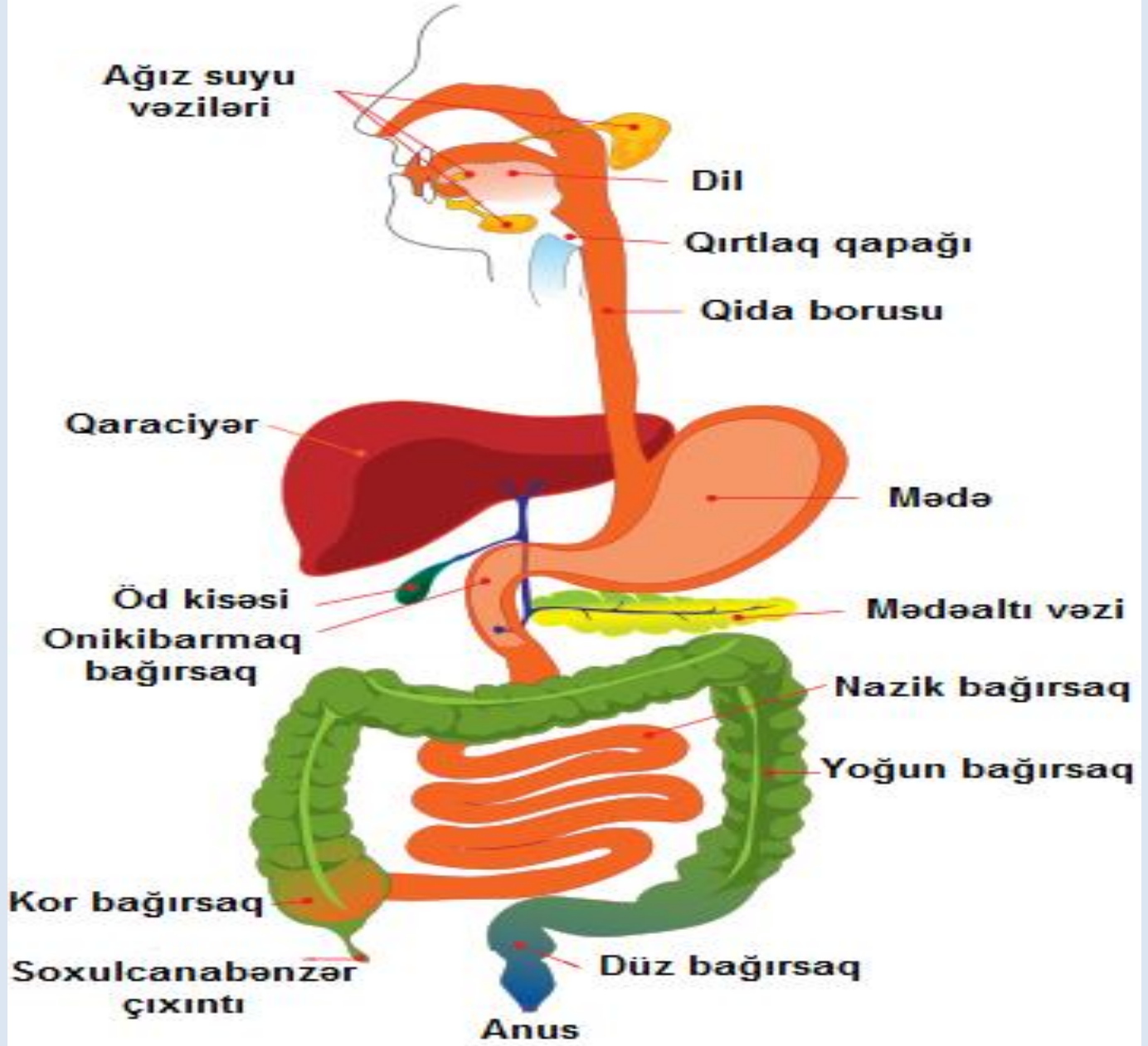


**UŞAQLARDA HƏZMİN
KƏSKİN POZĞUNLUQLARI.
DİAREYA. ETİOLOGİYA.
PATOGENEZ. KLİNİKA.
BAĞIRSAQ TOKSİKOZU
SİNDROMU.**

*ATU-nin I Uşaq xəstəlikləri kafedrası
Dos. G.M.Həsənquliyeva*



Uşaqlarda həzmin kəskin pozğunluqları uşaq patologiyaları arasında əsas yerlərdən birini tutur. Beynəlxalq Səhiyyə Təşkilatının verdiyi məlumata görə ildə 1 milyarda yaxın insan diareya ilə xəstələnir. Onlardan 65-70%-ni 5 yaşa qədər uşaqlar təşkil edir.

Diareya-sulu çoxlu miqdarda sutkada 3 dəfədən çox nəcis ifrazı, qaz əmələ gəlmənin artması, peristaltikanın sürətlənməsi və qarında diskomfortdur.

Diareya anareksiya, qusma, çəkinin itməsi, qarında ağrılar, qusma, susuzlaşma ilə müşahidə oluna bilər. Bu böyük problem olub-ildə 1,5 mln uşaq dünyada bu səbəbdən tələf olur.

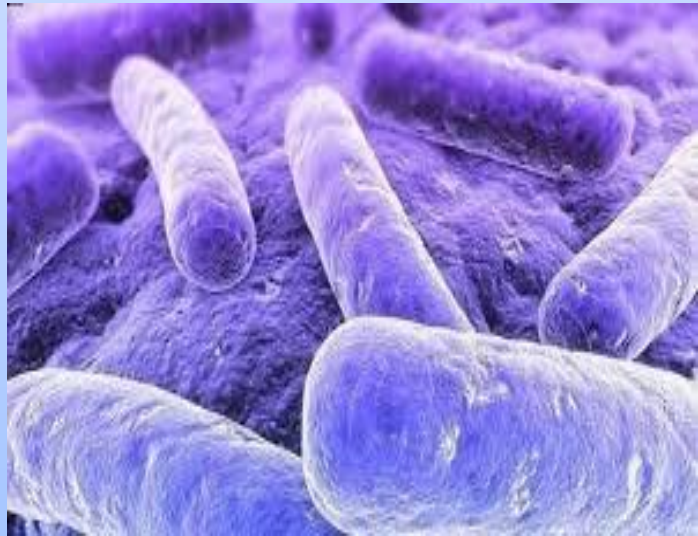
Diareyanın səbəbləri ola bilər:

I Bakterial –patogen bakteriyalar tərəfindən törədilə bilər (tif, paratif, salmonellyoz, şigella, iersinoz və s.).

II Şərti patogen –klebsialla, protey, göy yaşıl irin çöpləri və s.

III Virus mənşəli-rotavirus, adenovirus, enterovirus və s.

IV Protozoy mənşəli.



Diareya patogenezə görə:

I sekretor diareya

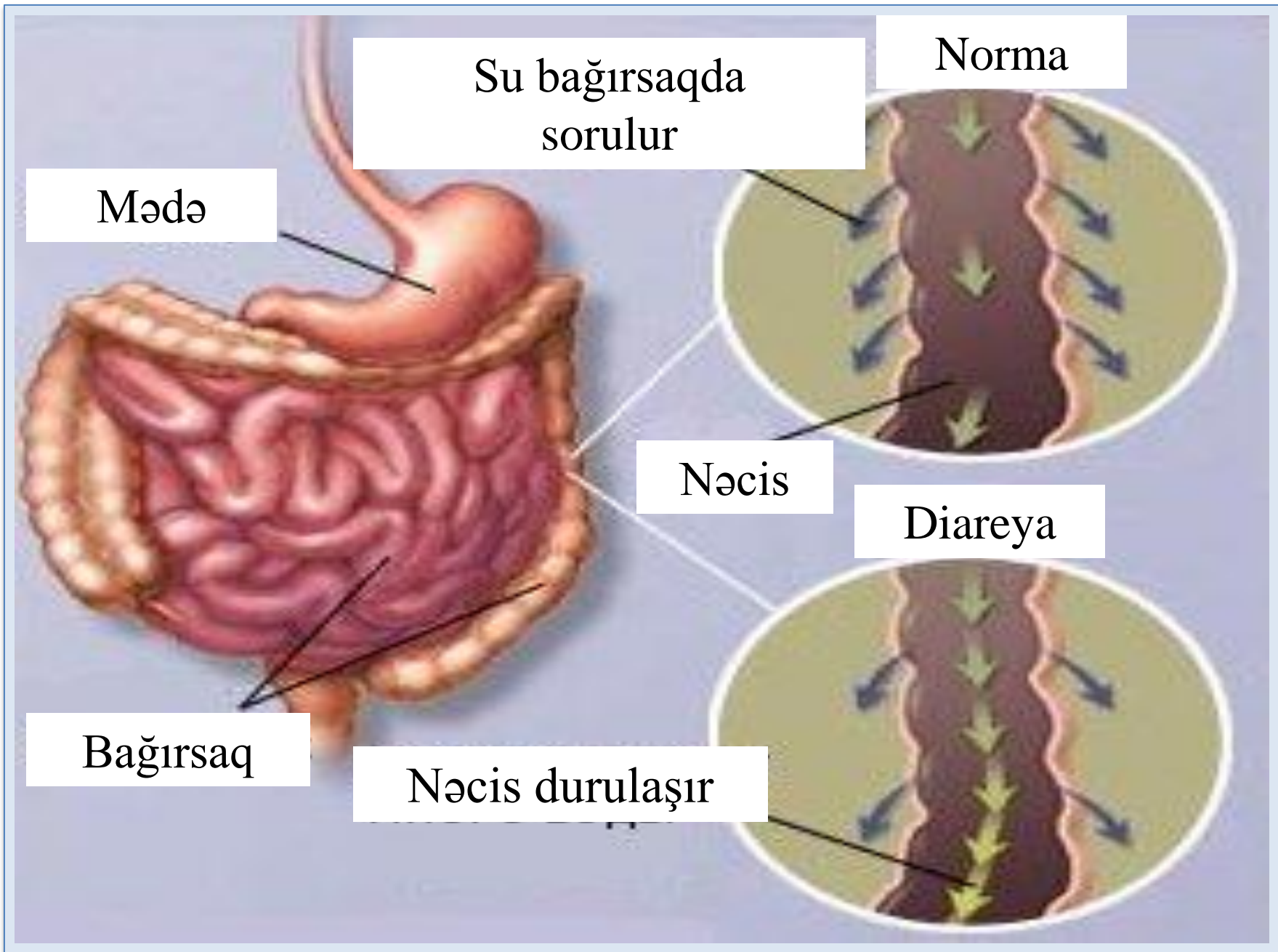
II İnvaziv diareya

III Eksudativ diareya

IV Motor diareya

V Osmatik diareya

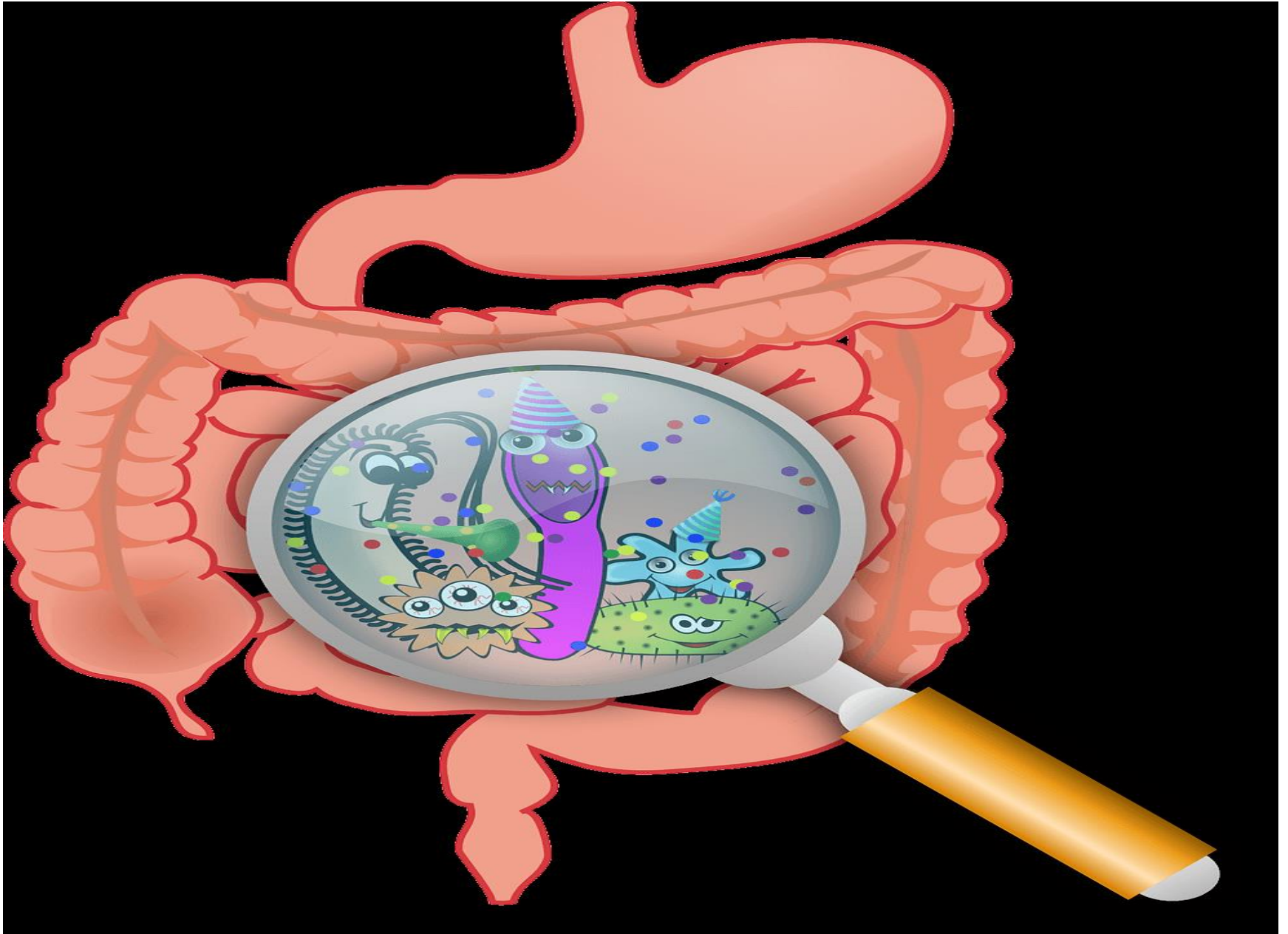
VI Xroniki diareya



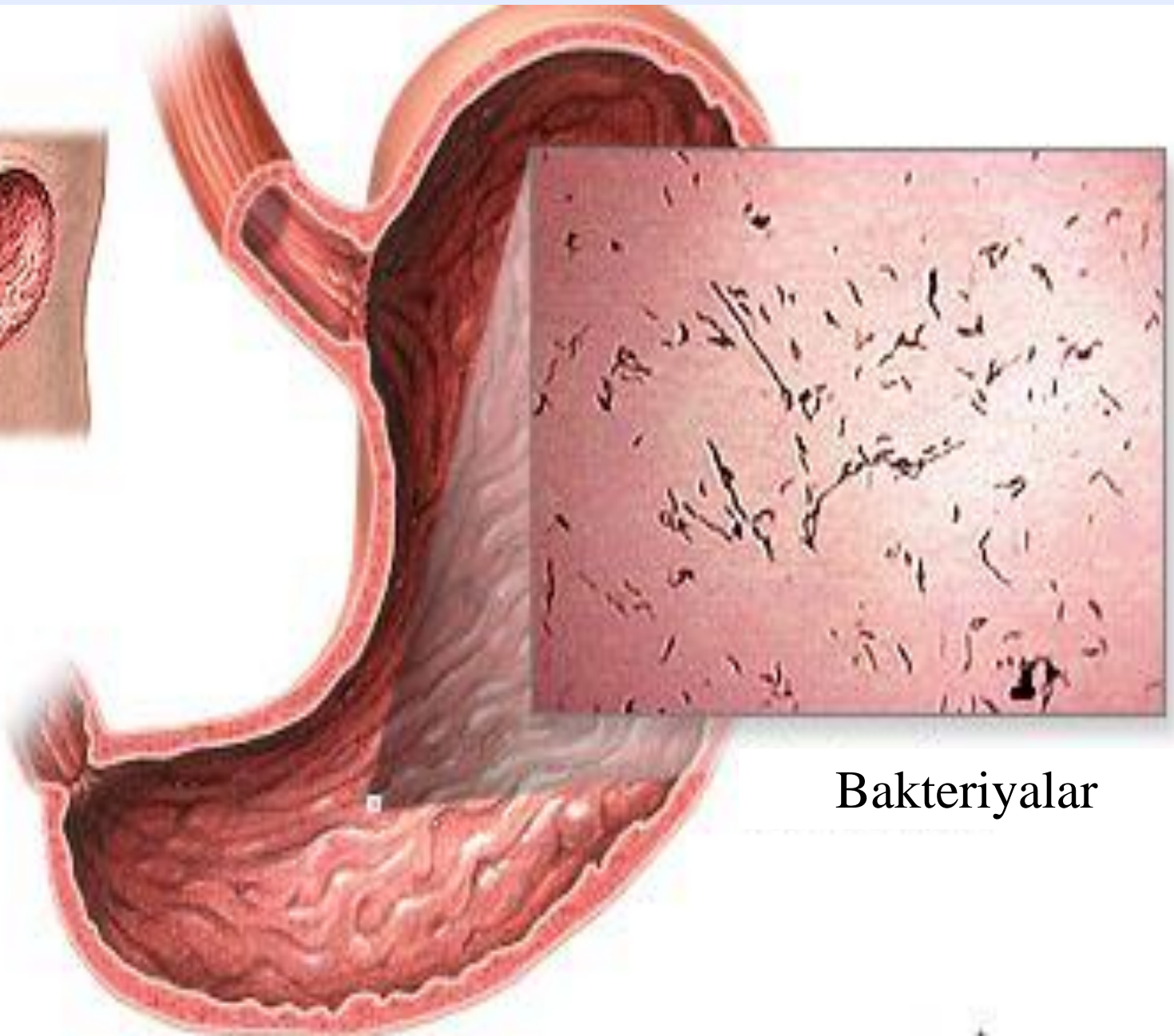
Bəzi hallarda orqanizm özü mübarizə apara bilər-Pəhriz, təmizləyici imalə enterosorbent, fitoterapiya və s.

Əgər aşağıdakı hallar olarsa mütləq həkimə müraciət etmək lazımdır:

- Maye şəkilli nəcis qanla;
- Üfunətli nəcis, yaşıl rəngdə və köpüklü;
- Rəngsiz nəcis;
- Bədən temperaturasının yüksəlməsi-38-39°C;
- Nəcisdə parazit;
- İntoksikasiya əlamətləri və s.



1. Nəcisdə qan izinin olması-daxili gizli qan axma nəticəsində ola bilər, bu təhlükəlidir. Əgər nəcis tünd, demək olar ki, qara rəngdədirsə-bu qanaxmanın mədə-bağırsaq traktının yuxarı hissəsinə gəlməsi haqqında məlumat verir. Əgər maye şəkilli nəcis qırmızı rəngdədirsə -yoğun bağırsaq, düz bağırsaqda olan patologiya haqda məlumat verir.
2. Yaşıl rəngdə olma-törədici qida maddələrini qəbul edir və təhlükəli enterotoksin ifraz edir, hansı ki, qana sorulur və ağır intoksikasiya verir. Həyat fəaliyyət məhsulları bağırsaq möhtəviyyəti ilə reaksiyaya gedir ona yaşıl rəng və üfunətli iy verir.
3. Ağ rəngdə olması-qara ciyər, öd çıxarıcı sistemdə problemin yaranması haqda məlumat verir.
4. İshal bədən temperaturunun yüksəlməsi ilə olduqda bağırsaqda iltihabi proses olması haqda məlumat verir.

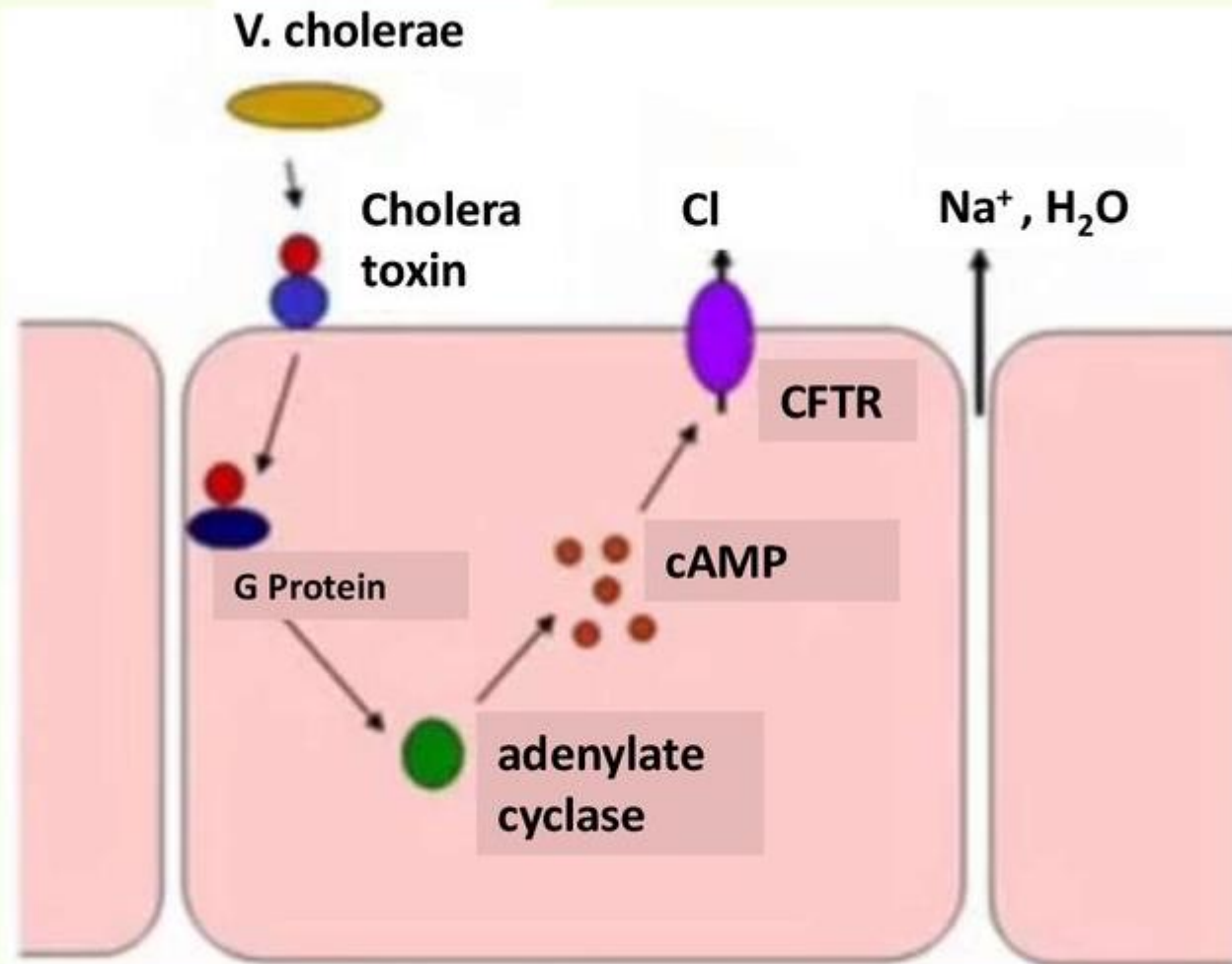


Bakteriyalar

Sekretor diareya

Bu diareya nazik bağırsağ üçün xarakterikdir. Əsasən vəba üçün və eşerixiya coli toksiki törədicisi üçün xarakterikdir. Bağırsağ divarına daxil olur, toksin ifraz edir və toksin suyun və duzun bağırsağ daxilinə ifrazını stimulyasiya edir. Orqanizm nəticədə çoxlu maye itirir və susuzlaşır.

Sekretor diareya



İnvaziv diareya

Mədə-bağırsaq traktının aşağı hissəsinin zədələnməsi nəticəsində baş verir. Törədicilər bakteriyalardır- dizenteriya, salmonella, klostridiyalar, eşerexiya koli və başqaları.

Bu zaman törədici bağırsaq divarına invaziya olunur və iltihabi proses törədir. Əsasən yoğun bağırsaq zədələnir.

Eksudativ diareya

Bağıracaq divarında yaracıqların əmələ gəlməsi ilə güclü iltihabi proses baş verir. Bağıracaq divarına daxil olaraq, onu dağıdır, hüceyrə membranını zədələyir, matorikanı gücləndirir, mikrosirkulyasiyanı pozur. Bağıracaq möhtəviyyatı eksudasiya hesabına artır, onda irin və qan olur. Törədici - dizenteriya, amöb, salmonella, lyamblya və s. ola bilər. Bədən temperaturu yüksəlir, qarında kəskin ağrılar olur.

Mator diareya

Bu diareya bağırsaq motorikasının pozulması nəticəsində baş verir. Adətən diabet fonunda, stress, sklerodermiya fonunda baş verir. Nəcis az porsiyalarla yarıformalaşmamış olur. Motor diareya qarnın köpməsi, qaz əmələ gəlmə, maye şəkilli nəcislə xarakterizə olunur. Analsfinkterin zəifləməsi baş verir.

Osmatik diareya

Adətən rotavirus infeksiyası nəticəsində baş verir. İltihabi proses nəticəsində baş verir. İltihabi proses nəticəsində bağırsağ tərəfindən sorulma prosesi pozulur. Ağız suyu, mədə bağırsağ traktı tərəfindən çoxlu sekretor maye ifraz olunur-bir neçə litr. Bunun çox hissəsi geri sorulur, az miqdarda nəcisli ifraz olunur-100-200. İnfeksiya nəticəsində bağırsağ divarından sorulma prosesi pozulur. Su qida maddələri ilə bərabər qana sorulmadan, orqanizmdən xaric olur, susuzlaşma baş verir və osmatik təzyiq yüksəlir. Bu infeksiyada fermentativ proses pozulur, xüsusən, disaxarid çatmamazlığı baş verir. Bağırsağ möhtəviyyatında osmolyar təzyiq yüksəlir və suyun sorulmasının pozulması baş verir. Bütün hallarda susuzlaşma – eksikoz baş verir. Eyni zamanda bu və ya digər dərəcədə ümumi toksiki sindrom-bağırsağ toksikozu baş verir və həzm traktının zədələnmə yerindən asılı olaraq-gastrit, enterit, kolit, gastroenterit yaranır.

Ozmotik İshal

- Emilemeyen maddelerin alınması
- Alınan gıdaların iyi sindirilemeyişi
- Mukozal transporttaki bozukluk



İnfeksiyon agentə cavab reaksiyası qeyri-spesifik (toksikoz, intoksikasiya) və spesifik törədicinin xarakterində asılı olan əlamətlər baş verir. Uşaqlarda infeksiyon agentə qarşı qeyri-spesifik cavab reaksiyası çox hallarda kliniki olaraq toksikoz eksikozla, nadir hallarda-neyrotoksikoz və ya toksiko-septiki vəziyyət şəklində baş verir.

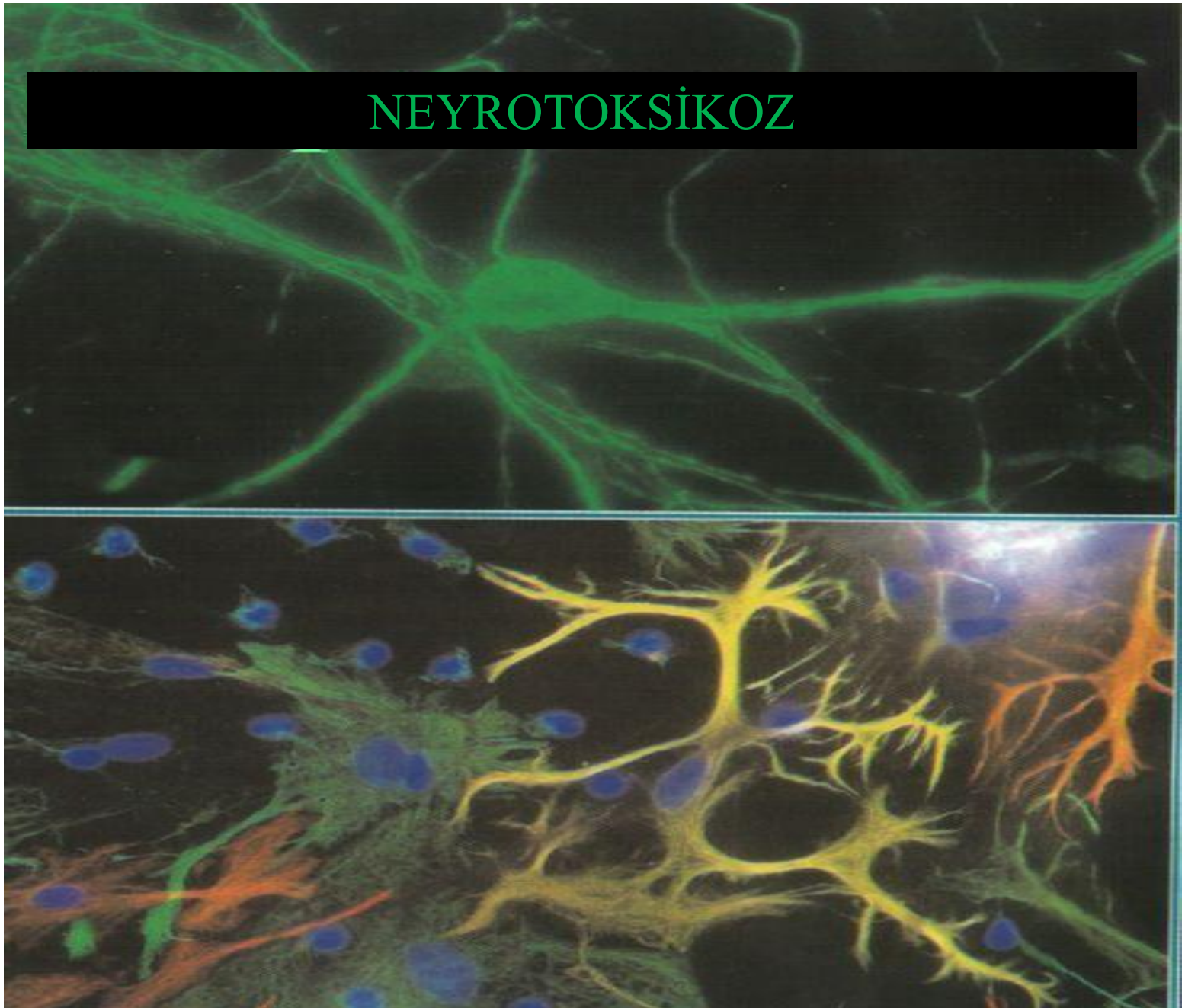
Birinci neyrotoksikoz-infeksiyon agentə qarşı özünə məxsus qeyri-spesifik, generalizə olunmuş cavab reaksiyasıdır. O vaxt baş verir ki, qana çoxlu miqdarda bakteriya toksinləri və endetoksinlər daxil olur.

Kliniki olaraq birincili neyrotoksikoza-hipertermik sindrom, MSS-nin funksional pozğunluqları-narahatlıq, qıcolmalar, kəllə daxili təzyiqin yüksəlməsi, halyusinasiyalar, şüur pozulması, reflektor fəaliyyətin pozulması və s. baş verir. Ürək damar sistemi tərəfindən-mərkəzi qan dövranı çatmamazlığı –dəri örtüyünün solğunluğu, taxikardiya, arterial təzyiqin yüksəlməsi, periferik qan dövranı tərəfindən örtüyünün boz rəngə çalması, akrosionoz, ürək tonlarınınin karlaşması, sapvari nəbz, arterial təzyiqin ölçülməsi təsadüf olunur. Tənəffüs sistemi tərəfindən –taxipnoe, Çeyn Stoks tipli tənəffüs, emfizema olur. Böyrək tərəfindən –oliquoriya, anuriya, albuminuriya, silinduriya, kəskin böyrək çatmamazlığı ola bilər.

Neyrotoksikozun inkişafında- 2 faza ayırd edilir.

1. Oyanıqlıq və ya iritativ faza-Mator və psixiki narahatlıq, hipertenzion və ensefalik sindrom, taxikardiya, arterial təzyiqin yüksəlməsi, tənəffüsün tezləşməsi.
2. Sönmə fazası və ya soporaz-adinamik vəziyyət-şüurun sönməsi komaya qədər, arterial təzyiqin düşməsi, ürək tonlarının karlaşması, tənəffüs ritminin pozulması, dəri örtüyünün solğunluğu və sianozu.

NEYROTOKSIKOZ



Toksikoz eksikozla-bu da orqanizmin cavab reaksiyası olub, əsasən mübadilə pozğunluğu ilə özünü göstərir. Bu isə susuzlaşma və elektrolit itkisi ilə əlaqədardır. Toksikoz eksikozla kliniki olaraq bir sıra ardıcıl patoloji simptomlarla xarakterizə olunur. Başlanğıcda mədə-bağırsaq traktının funksional pozğunluqları (qusma, diareya), sonradan su və elektrolit defisitinin artması nəticəsində susuzlaşma və MSS-nin funksiyasının pozulması baş verir. Əgər toksikoz eksikozla davam edirsə qan dövranı çatmamazlığı əlamətləri, toxuma hipoksiyası və metabolik asidoz baş verir. Nevroloji əlamətlər dərinləşir-koma, qıcolma baş verir. Ağır hallarda böyrək üstü və böyrək çatmamazlığı, homeostaz pozğunluqları və qanın reoloji xüsusiyyətlərinin dəyişməsi-(yayılmış damar daxili sindrom); hipovolemik, endotoksiki, infeksiya-toksiki şok inkişaf edə bilər.

İtirilən su və elektrolitin miqdarından asılı olaraq 3 tip susuzlaşma ayırd edilir:

- İzotonik;
- Hipotonik;
- Hipertonik tip.

Kliniki hallar tək eksikozun tipindən deyil, eyni zamanda dərəcəsiindən asılı olur.

Eksikozun 3 dərəcəsi var:

I dərəcə-susuzlaşma hesabına bədən çəkisinin itirilməsi-5%-dən yuxarı olmur;

II dərəcə-6-9% ;

III dərəcə-10% və yuxarı.

Eksikoz



İzotonik tip

Hüceyrə daxili və hüceyrə xarici susuzlaşma su və elektrolitin bərabər itkisi ilə başlanğıc dövrdə baş verir.

Dəqiq, spesifik kliniki hallar olmur və I, nadir hallarda II dərəcəli susuzlaşma zamanı rast gəlinir. Başlanğıcda qusma və maye stul olduqda su və duz fizioloji proporsiyada itir və bu vəziyyət kompensasiya olunur, əgər defisiti bədən çəkisinin 8-10%-dən artıq deyilsə.

Hipertonik tip (Su defisiti)

Susuzlaşma əsasən suyun itirilməsi nəticəsində baş verir (qusma və maye şəklində stul hipertermiya və təngnəfəslik fonunda baş verir). Başlanğıcda patoloji pozğunluq hüceyrə xarici mayədə, o cümlədən, qanda osmotik konsentrasiyanın yüksəlməsi nəticəsində baş verir. Başlıca olaraq hipernatriemiya hesabına olur, bu isə mayenin hüceyrədən hüceyrəxarici mühitə keçməsinə səbəb olur ki, osmotik təzyiq tarazlaşsın. Nəticədə hüceyrədaxili dehidratasiya baş verir. İtirilən mayenin miqdarı bədən çəkisinin 5%-dən yüksək olarsa nevroloji pozğunluqlar başlayır (əzələ tonusunun yüksəlməsi, qıcolmalar, arterial hipertoniya və s.).

Hipernatriemiya üçün xarakterik əlamət hipertermik sindromdur.

Nevroloji pozğunluq MSS-də hüceyrə daxili mayenin həcmnin azalması nəticəsində baş verə bilər.

Kliniki olaraq hipertonik (su defisitli tip) toksikoz eksikozla kəskin başlayır. Ətrafin diqqətini cəlb edir, burulqanlı gedişə malik olur. Əsas xarakterik əlamət: hipertermik sindrom, güclü yanğı hissi, narahatlıq, oyanıqlıq, yuxunun pozulması vətər reflekslər yüksəlir, bəzi hallarda dəridə hiperesteziya olur.

Taxikardiya, ürək tonları aydındır, yüksəkdir, nəbz tezləşir, ancaq gərginliyi və dolğunluğu kafidir. Arterial təzyiq normal və ya yüksəlmişdir. Dəri örtüyünün rəngi adidir, istidir, selikli qışa çəhrayıdır. Xarici susuzlaşma əlamətləri-dəri örtüyünün və selikli qışanın quruluğu görünür və eksikozun dərəcəsinə uyğundur. Südəmə uşaqlarda əmgək çökmür, çox hallarda hamarlaşır. Likvorun artması hesabına likvorda osmotik konsentrasiyanın artması hesabına, qıcolma baş verir, kliniki-toniki xarakter daşıyır və yüksək temperatur ilə müşayiət olunur. Uşaq başını arxaya atır, ənsə əzələlərinin rigidliyi olur. Kerninq, Brudzinski simptomları olmur. Lyumbal punksiyalarda Likvor yüksək təzyiq altında axır, şəffaf olur, zülal və sitoz normal olur.

Hipotonik (duz defisitli, hüceyrəxarici)

Tədricən inkişaf edir. Kliniki simptomatikada qusma dominant halda olur və davamlı xarakter daşıyır.

Eksikozun və duzun (başlıca kalium) itməsinin artması nəticəsində qusma davamlı olur, qida və maye qəbulu ilə əlaqədar olmur, öd və bəzən qan ziləri olur. Duzun itirilməsi qan plazmasında osmolyarlığı azaldılır və su və Natriumun qan cərəyanında hüceyrəyə daxil olmasına səbəb olur, nəticədə hüceyrə daxili hiperhidratasiya və hipernatriemiya hüceyrədaxili hipokaliemiyaya səbəb olur. Bu tip eksikozda sundefisitli dehidratasiyadan fərqli olaraq qan dövranının və sirkulyasiya edən qanın miqdarının azalması tez inkişaf edir, ancaq eksikozun xarici əlamətlər olmaya bilər (dəri örtüyü nəm olur, toxumalar pastoz olur, barmaqla təzyiq etdikdə izi qalır).

Sirkulyasiya edən qanın miqdarının azalması hematokriti yüksəldir, qan dövranının müddətini azaldır, arterial hipotoniyaya səbəb olur, qanın reoloji tərkibi dəyişir, toxuma hipoksiyası inkişaf edir və mikrosirkulyasiya pozğunluq, hipovaliemiya, metabolik asidoz baş verir. Duz defisitli eksikozda uşaq bir qayda olaraq süst, tormozlanmış, adinamik olur. Ağır hallarda soporoz, sonradan komatoz vəziyyət inkişaf edir. Yanğı hiss olunmur, temperatur subfebril və ya hipotermiyaya qədər düşür. Vətər refleksləri sönür və ya olmur. Taxikardiya ürək tonlarının karlaşması ilə gedir, arterial təzyiq norma və ya azalmış, nəbz tezləşmiş, zəif dolğunluqda və gərginlikdə olur. Mikrosirkulyasiyanın pozulması dəri örtüyünün solğunluğu, sianoz, bozumtul və ya torpaq rəngdə, mərmərşəkillə, dəri, ətraflar soyuq olur. Ağzın selikli qişası solğun olur.

Hipokaliemiya (3 mmol/dən aşağı) olduqda sinir-əzələ oyanıqlığı pozğunluğu, ürək çatmamazlığı, arterial və əzələ hipotoniyası, bağırsaq parezi inkişaf edir. Eksikoz inkişaf etdikcə hipokaliemiya hüceyrədaxili hipernatriemiya və mikrosirkulyasiya pozğunluq beyin ödeminə və qıcolma sindromuna gətirib çıxarır. Qıcolma toniki xarakter daşıyır və meninqal əlamətlər müşahidə olunmur. Hipertonik tiptən fərqli olaraq dəri örtüyü və selikli qişanın nəmliyi, böyük əmgəyin çökməsi daha çox təsadüf olunur.

Susuzlaşmanın dərəcəsi:
2 parametrlə təyin olunur

1. Çəkinin itirilməsinə görə;
2. Eksikozun kliniki hallarına görə

I dərəcə toksikoz eksikozla-orta dərəcədə yanğı hissi, ağzın, dodaqların selikli qişasının quruması, uşağın narahatlığı, taxikardiya, az miqdarda diurezin azalması, stul maye şəklində 5-7 dəfə, enterit xarakterli olur. Ümumi vəziyyət-orta ağır, toxumaların turqorluğu saxlanır, arterial təzyiq norma, ürək fəaliyyəti kafi olur.

II dərəcəli eksikozla-təkcə ağzın selikli qişası deyil, dəridə quruluq olur (duz defisitli dehidratasiyada toxumada pastozluq olur), toxuma və dərinin elastikliyi azalır, dəridə büküşlər əmələ gəlir, ancaq tez düzəlir. Gözlər çökür, üzün cizgiləri itilənir, böyük əmgək duz və su defisitli olmağından asılı olaraq şişkinləşir və ya çökür. Hemodinamik pozğunluqlar olur-dəri örtüyü solğunlaşır, mərmərşəkilli olur, ətraflar soyuq olur. Əhəmiyyətli dərəcədə-taxikardiya, ürək tonlarının karlaşması, oliqouriya olur. Uşağın vəziyyəti ağırlığa doğru gedir. Stulun sayı 10-15 dəfə; xarakterit-enterit,enterokolit xarakterli olur. Bədən çəkisi-6-9 % itirir.

III tip eksikozla-dəri örtüyü, selikli qişalar, sklera, tənəffüs yollarının selikli qişası, qırtlağının selikli qişası (səs afoniyaya qədər karlaşır) quruyur. Bədən çəkisinin -11-12%-ni itirir, udma aktı pozulur, 14-15% bədən çəkisinin susuzlaşma hesabına azalması-alhid fazaya gətirir-qusma və diareya dayanır, kəskin sianoz və akrosianoz olur, arterial təzyiq düşür, hipotermiya, ətrafların soyuması, poliorqan çatmamazlığı və ölümlə nəticələnir. Ağır forma toksikoz uşaqlarda şok vəziyyətlərinə gətirib çıxarır:

1. Hipovolemik şok-çoxlu miqdarda su elektrolit itkisi;
2. Endotoksiki şok-endotoksinlə spesifik intoksikasiya;
3. İnfeksion –toksiki şok.

Ən ağır infeksiyon toksiki şok olur. Bu zaman MSS-nin zədələnməsi, mikrosirkulyator pozğunluq, endokrin sistemdə olan dəyişiklik, kəskin böyrək çatmamazlığı, homeostazda olan dəyişiklik, periferik damarlarda spazm baş verir. İnfeksiyon –toksiki şok bir qayda olaraq kəskin böyrək, ağciyər, koronar çatmamazlıqla müşahidə olunur.

Müalicə

1. Rehidratasion terapiya

Xəstəliyin gedişindən asılı olaraq –rehidratasion terapiya –oral və parenteral ola bilər. Oral rehidratasiya 2 etapda aparılır:

I etap -6 saat

II etap-18 saat

I etap oral rehidratasiya üçün formula belə olur:

Mayenin miqdarı $ml = M \times p \times 10$

M-uşağın bədən çəkisi kq-la, P-bədən çəkisinin defisiti (susuzlaşma nəticəsi faizlə), -proporsional koeffisienti.

Maye az miqdarda 1-2 çay qaşığı ilə 5-10 dəqiqədən bir verilir.

I etap oral rehidratasiya südəmər uşaqlar üçün –I dərəcə eksikozla-50 ml/kq; II dərəcə eksikozla-80 ml/kq-dır. İstifadə olunan- məhlullar-regidron, qlükosalon, qastrolit, oralit və s.

II etap rehidratasion terapiya (sonrakı 18 saat)-
uşağın mayeyə olan fizioloji tələbatı və davam edən
patoloji itirmə təqribi-80-100 ml/kq.

Südəmər uşaqlarda itirilən mayenin hesabı quru və
sonradan islanmış bezlərlə (istifadə olunmuş)
hesablanır.

II etap oral rehidratasiyanını aparılması zamanı uşaq o
qədər maye qəbul etməlidir ki, nə qədər ki, o qədər
qusma və ishal zamanı itirib. Erkən yaşlı uşaqlarda orta
ağır və ağır formalarda hesablanan mayenin 30-50%-i
qidalanmaya aid edilir (kefir, ana südü və s.).

II etap rehidratasion terapiya (sonrakı 18 saat)-
uşağın mayeyə olan fizioloji tələbatı və davam edən
patoloji itirmə təqribi-80-100 ml/kq.

Südəmər uşaqlarda itirilən mayenin hesabı quru və
sonradan islanmış bezlərlə (istifadə olunmuş)
hesablanır.

II etap oral rehidratasiyanını aparılması zamanı uşaq o
qədər maye qəbul etməlidir ki, nə qədər ki, o qədər
qusma və ishal zamanı itirib. Erkən yaşlı uşaqlarda orta
ağır və ağır formalarda hesablanan mayenin 30-50%-i
qidalanmaya aid edilir (kefir, ana südü və s.).

Son dövrlərdə Beynəlxalq Səhiyyə Təşkilatının qərarı ilə oral rehidratasiya 3 etapda aparılır:

I etap – 1-ci 4 saatda ;

II etap-növbəti -8-12 saatda;

III etap-növbəti-24 saatda.

Bədən çəkisinin I gün 6-8%; 2-4% sonrakı günlərdə artması oral rehidratasiyanın adekvat aparılması haqda məlumat verir. Oral rehidrotasiya düzgün aparılsa, fəsad olmur, ancaq çoxlu miqdarda Natrium saxlayıcısı maye qəbul olunarsa, ödem baş verə bilər; əgər maye tez-tez verilsə qusma baş verə bilər.

Parenteral rehidratasiya –ancaq vena daxilinə maye yerilməsi ilə həyata keçirilir.

İnfuzion terapiyaya göstərişlər aşağıdakılardır:

1. Toksikoz eksikozla-2-3 dərəcə;
2. Davamlı qusma;
3. Oral rehidrotasiyanın effekt verməməsi;
4. Hipovolemiya;
5. İnfeksion –toksiki şok;
6. Komatoz vəziyyət.

Bu zaman aparılan infuzion terapiya hemodinamikanı, qanın seroloji xüsusiyyətlərini, mübadilə pozğunluqlarını, su-elektrolit mübadiləsinin, qələvi-turşu müvazinətini, toxuma metabolizmini bərpa etməli və desintoksikasion təsir göstərməlidir. İnfuzion terapiya üçün mayenin miqdarı bir neçə üsulla hesablanır-Denis metodu, qanda Na və hemotokritin təyini ilə. Daha rahat metod Aberdin metodudur.

Qlazman modifikasiyası ilə.

Sutkalıq mayenin miqdarı= FT+ÇD+DD

FT-fizioloji defisiti ml-də

ÇD-çəki defisiti

DD-davam edən maye itkisi-qusma və
ishalla.

Davam edən itkini təyin etmək üçün BST-
nin məsləhəti ilə -hər biri sulu nəcis ifrazına
-10 ml/kq maye təyin olunur.

İnfuzion terapiya üçün istifadə edilən mayelər 2 qrupa ayrılır:

kolloid və kristalloidlər.

Kolloid mayelərin özü də qruplara bölünür:

I qrup kolloidlər volemik və hemodinamik təsirə malikdir (albumin, poliqlükin, reopoliqlükin, Ronder, makroden, jelafinal və s.).

Sirkulyasiya edən qanın miqdarını artırır və bərpa edir, makro və mikro sirkulyasiyanı yaxşılaşdırır, qanın tənəffüs funksiyasını, ürək əzələsinin oksigenlə təminatına yaxşılaşdırır, reologiyanı yaxşılaşdırır.

II qrup dezintoksikasion təsirə malikdir (hemodez, neohemodez, polidez, neokampenson və s.).

III və IV qrup kolloid maye isə osmodiurefiklər aiddir (mannitol, sorbit və s.) və polifunksional preparatlar (polifen, poliqlyusol, aminodez, və s.).

Kristalloidlər-disol, trisol, kvartasol, laktasol, Ringer, fizioloji məhlul.

Start məhlulun hansı olması eksikozun dərəcəsindən və tipindən asılıdır.

Diagnozu qoymaq üçün –nəcisin mikroskopik, bakterioloji müayinəsi, qanın ümumi müayinəsi, biokimyəvi müayinəsi, qanda elektrolitlərin təyini, qələvi-turşu müvazinətinin öyrənilməsi lazımdır. Lazım olarsa LPR.

Müalicəsində etioloji faktorlardan asılı olaraq-antibiotiklərdən, bağırsaq infeksiyası əleyhinə immunoqlobulinlərdən, enterosorbentlərdən, fermentlərdən, probiotiklərdən, prebiotiklərdən, metabolik korrektorlardan, vitaminlərdən istifadə olunur.



*DIQQƏTİNİZƏ GÖRƏ
MİNNƏTDARIQ !!!*