



Острые и хронические расстройства питания у детей

Преподаватель Алтухова
Ирина Валериевна

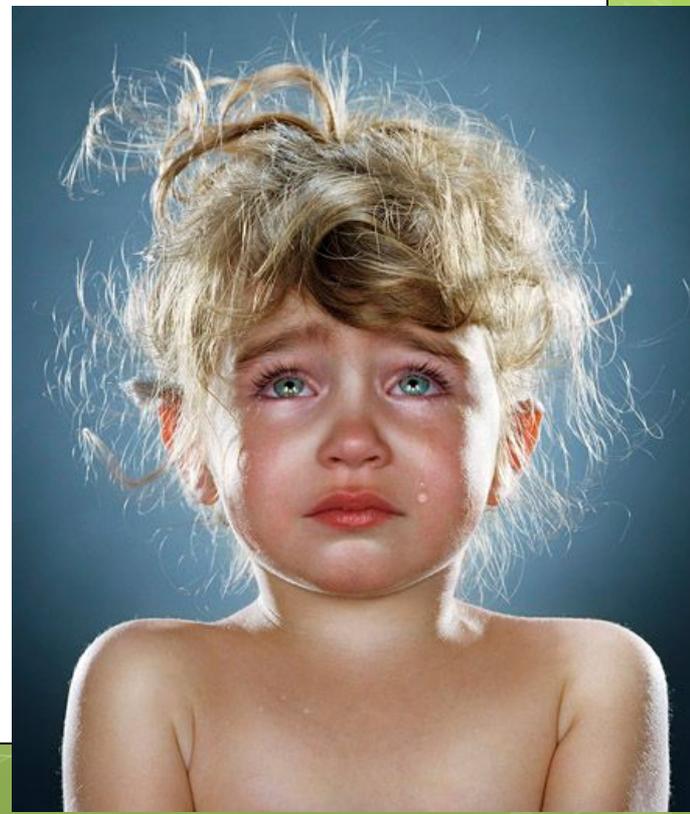
- **Функциональная диспепсия** - комплекс расстройств, включающий боль или дискомфорт в эпигастральной области, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу и не обусловленный органическим поражением ЖКТ.

- Особенность синдрома у детей - преимущественная локализация боли в околопупочной области



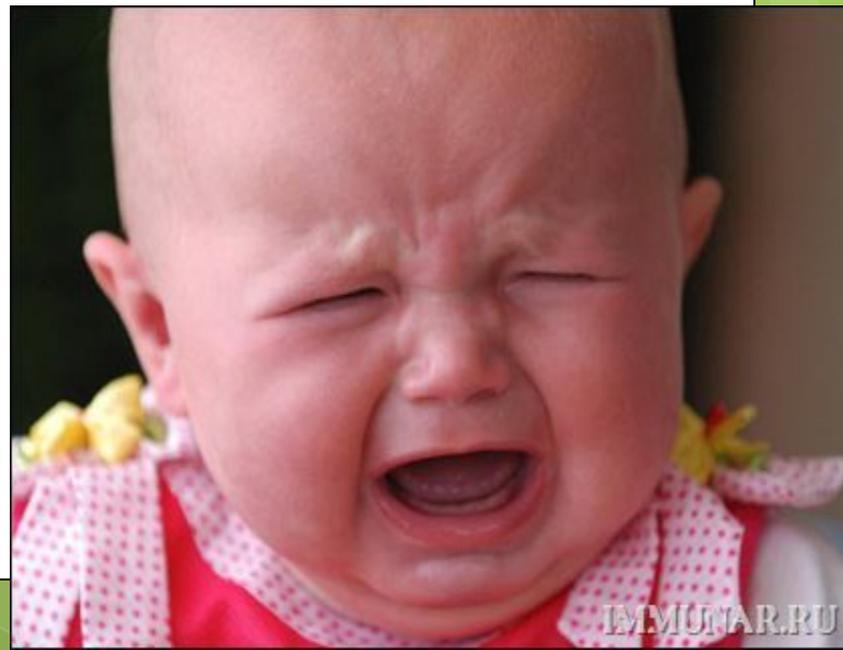
Причины, способствующие развитию функциональной диспепсии:

- • стрессы;
- • образование избытка соляной кислоты в желудке;
- • нарушение моторики (сокращений) желудка и двенадцатиперстной кишки,
- • нарушения питания.



□ Симптомы функциональной диспепсии

- Выделяют дискинетический и болевой (язвенноподобный) варианты функциональной диспепсии.
- Первый характеризуется преобладанием диспепсии, второй - абдоминальной болью. Непременным условием для постановки диагноза считают сохранение или рецидивирование симптомов не менее 3 мес.



Клиника

- Патогномоничными для функциональной диспепсии считают **ранние (возникающие после приёма пищи) боли**, быстрое насыщение, ощущение вздутия и переполнения в верхней половине живота. Часто боль носит ситуационный характер: возникают утром перед уходом в дошкольное учреждение или школу, накануне экзаменов или других волнующих событий в жизни ребёнка.
- нарушение аппетита и сна.
- Тревожность, лабильность настроения

Диагностика

- Клиника
- ОАК
- Копрограмма
- ФГДС
- УЗИ



Лечение

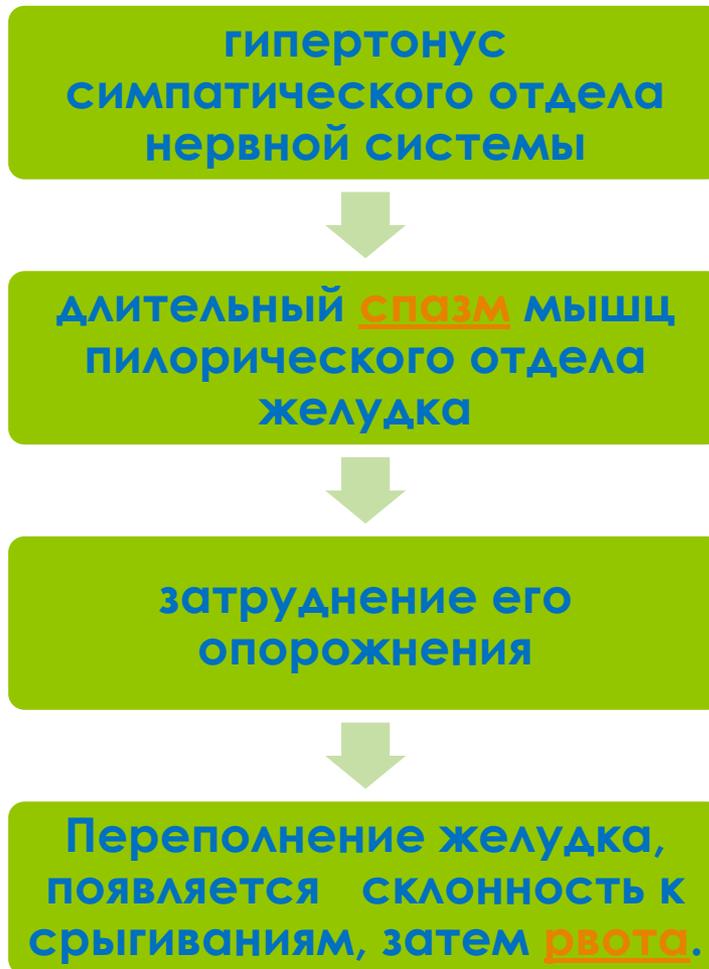
- 1. Создание спокойной обстановки
- 2. Диета
- 3. Соблюдение режима сна и бодрствования
- 4. Медикаментозно: прокинетики, ингибиторы протонной помпы, обволакивающие, антациды, седативные

- Пилороспа́зм (анатомическое pylorus привратник + Спазм) заболевание, обусловленное спастическим сокращением мускулатуры пилорического отдела желудка, приводящим к затруднению его опорожнения.

ЭТИОЛОГИЯ

- 1. энцефалопатия
- 2. синдром нервно-рефлекторной гипервозбудимости
- 3. гипертензионный или гипертензионно-гидроцефальный синдром
- 4. другие синдромы энцефалопатии

Патогенез



Клиника

- На второй неделе жизни у ребенка появляются срыгивания, беспокойство, затем одно- или двукратная рвота фонтаном.
- Рвота частая, наступает сразу после кормления или через 10-15 мин после него
- Ее объем не превышает объем высосанного молока
- Патологических примесей в рвотных массах нет, запах кислый.
- Признаки обезвоживания отсутствуют либо выражены незначительно, но дети недостаточно прибавляют в массе. Характерны беспокойство, нарушение сна.
- Стул ежедневный, неизменный.
- При осмотре живота видимой перистальтики желудка, болезненности эпигастральной области не обнаруживают.
- При длительном течении-развивается гипотрофия

Лечение

- Цель: нормализация процессов нервной деятельности
- **РЕЖИМ**
- Максимальное пребывание на свежем воздухе
- Соблюдение режима сна и бодрствования
- Спокойная обстановка в семье

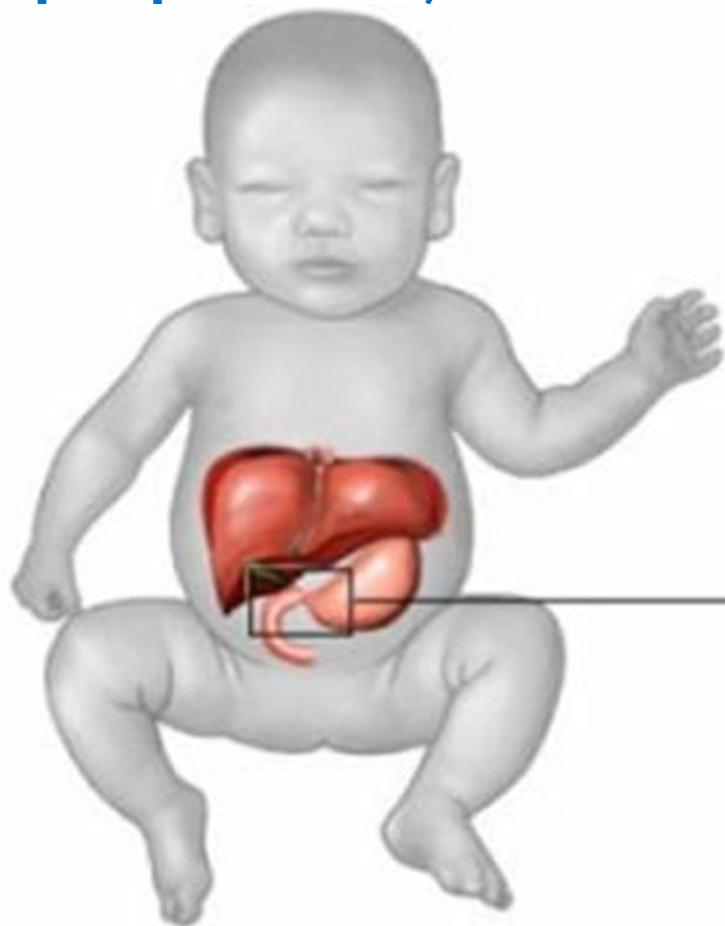
ЛЕЧЕНИЕ

- КОРМЛЕНИЕ
- 1. при упорной рвоте увеличивают частоту кормлений, уменьшая количество молока
- 2. кормление начинают с 2—4 чайных ложек 5—10% каши (густая пища лучше удерживается в желудке)
- 3. После кормления ребенка держат вертикально 10-15 мин, затем кладут на ЖИВОТ.
- 4. ОБЯЗАТЕЛЬНО СОБЛЮДАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ ТЕХНИКУ КОРМЛЕНИЯ, НЕДОПУСТИМО ПЕРЕКАРМЛИВАТЬ ИЛИ КОРМИТЬ НАСИЛЬСТВЕННО

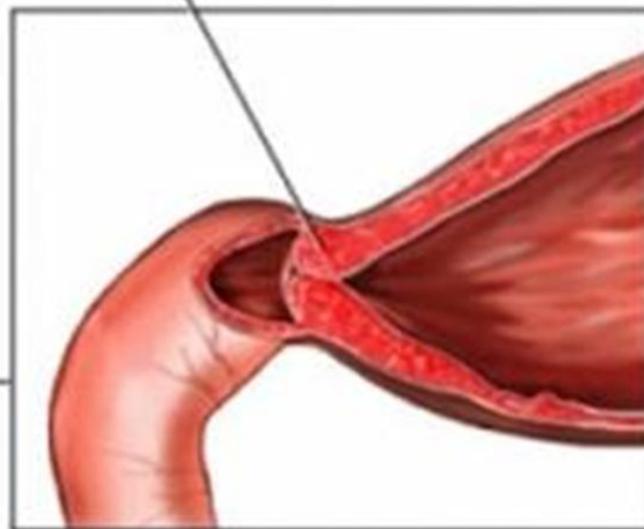
ЛЕЧЕНИЕ

- МЕДИКАМЕНТОЗНО
- 1. с целью снятия спазма привратника за 15-20 мин до кормления назначают церукал, но-шпу, домидон
- 2. Седативные (глицин, валериана, нотта)

Пилоростеноз— врожденное сужение привратника;



Narrowed (stenosed)
pyloric sphincter

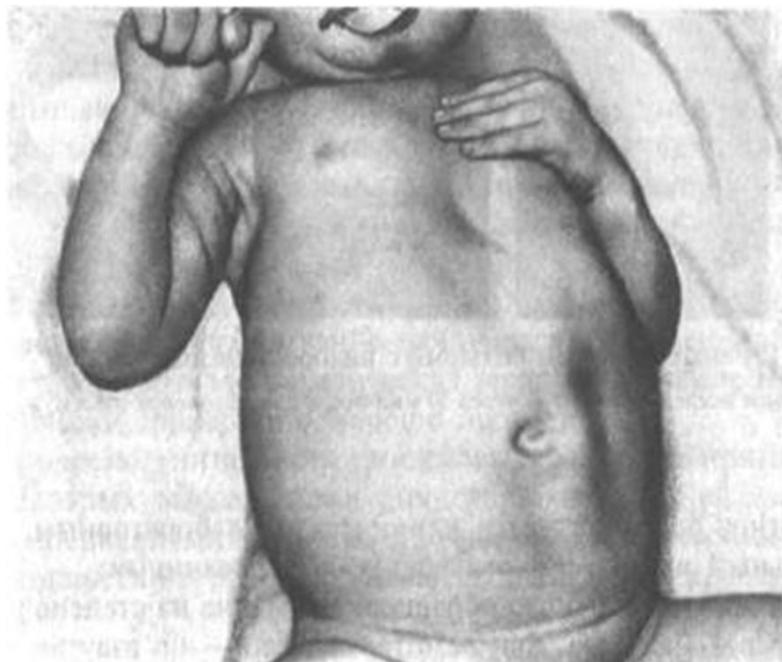


Junction of stomach
and duodenum

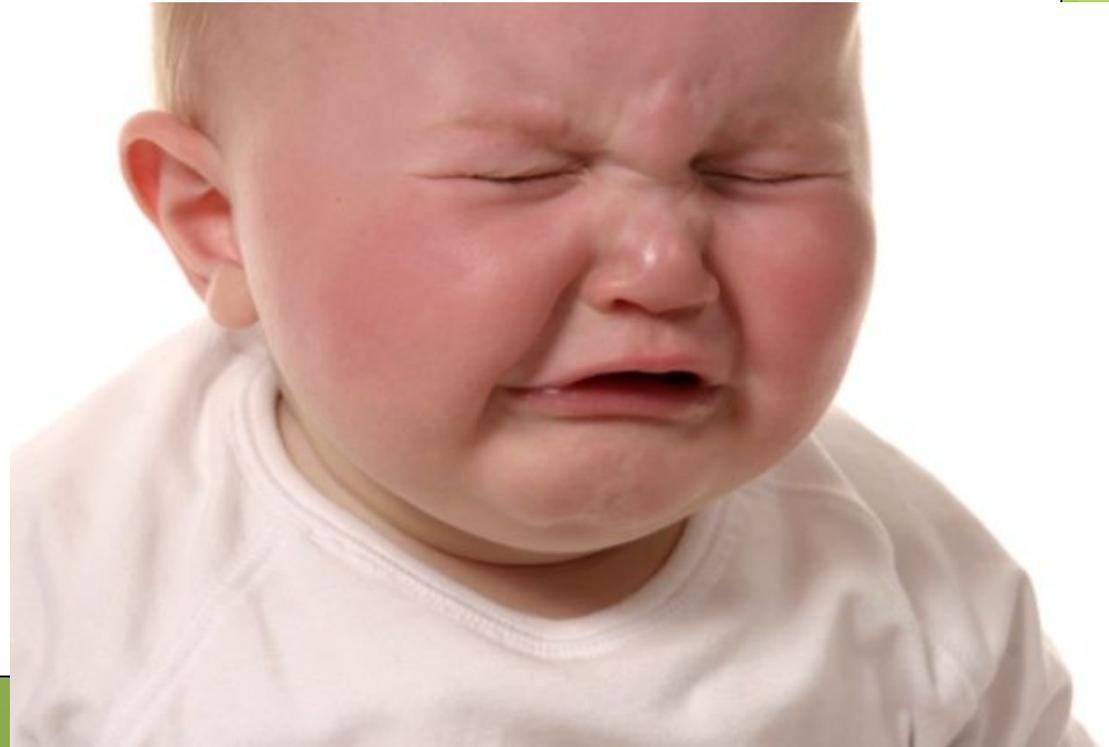
Клиника

- Заболевание чаще отмечается у мальчиков.
- Основным симптомом рвота
- появляется на 2—3-й неделе жизни.
- Рвота обильная, «фонтаном», количество рвотных масс, как правило, превышает количество молока, принятого ребенком во время кормления.
- в начале заболевания рвота возникает через 10—15 мин. после кормления, но в дальнейшем по мере расширения желудка интервалы между кормлением и рвотой удлиняются.
- Вследствие упорной рвоты развивается истощение и обезвоживание. Вес ребенка 1,5—2 месяцев оказывается нередко меньшим, чем при рождении.

- При осмотре живота в большинстве случаев можно наблюдать перистальтику желудка в виде «песочных часов»



- Лечение пилоростеноза только оперативное.
- Операция показана как только поставлен диагноз и заключается в лапаротомии и рассечении мышечного слоя привратника до слизистой оболочки



▣ Гипотрофия — хроническое расстройство питания, обусловленное недостаточным поступлением в организм питательных веществ или нарушением их усвоения; характеризуется дефицитом массы тела ребенка различной степени выраженности.

- По времени возникновения гипотрофии делят на врожденные (внутриутробные, пренатальные) и приобретенные (постнатальные).



ЭТИОЛОГИЯ

- **Внутриутробная гипотрофия**
- патологическое течение беременности,
- поздний токсикоз с нарушением плацентарного кровообращения; отслойка плаценты;
- соматические и инфекционными заболеваниями беременной;
- внутриутробные инфекции плода (токсоплазмоз, цитомегалия, краснуха, сифилис);
- неправильное питание беременной,
- курение и употребление алкоголя;
- производственные вредности;
- возраст беременной (моложе 18 или старше 30 лет).

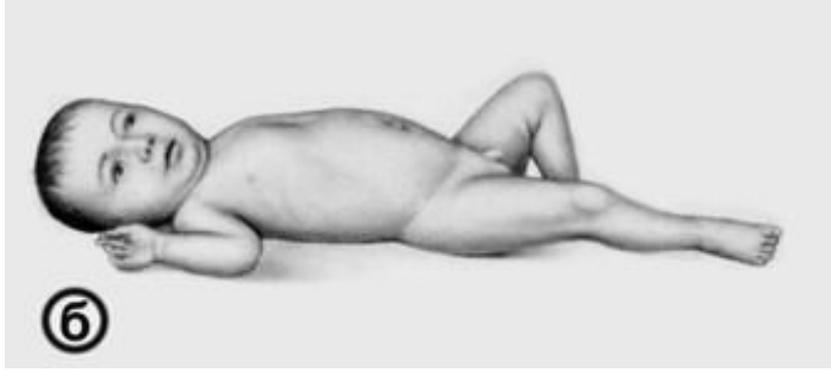
□ **Этиология приобретенной гипотрофии**

1. гипогалактия;
- 2. затруднение сосания при тугой молочной железе или неправильной форме сосков у матери (плоские, втянутые);
- 3. недостаточное количество молочной смеси при смешанном и искусственном вскармливании;
- 4. качественно неполноценное питание вследствие длительного вскармливания молоком и позднего введения прикорма, назначения не соответствующих возрасту ребенка молочных смесей;
- 5. инфекционные заболевания ребенка (например, кишечные инфекции, частые острые респираторные вирусные инфекции); интоксикации (например, гипервитаминоз D);
- 6. недоношенность; родовая травма ЦНС;
- 7. пороки развития пищеварительной системы (расщелины верхней губы и твердого неба, пилоростеноз, мегаколон и др.);
- 8. пилороспазм; пилоростеноз
- 9. синдром нарушенного кишечного всасывания при муковисцидозе, целиакии,
- 10. эндокринная патология (например, аденогенитальный синдром, сахарный диабет).

Патогенез



- **При гипотрофии I степени)** дефицит массы тела ребенка составляет **от 10 до 20%**.
- 1. уменьшение толщины подкожной клетчатки на всех участках тела кроме лица. В первую очередь подкожная клетчатка истончается на животе.
- 2. Кривая прибавки массы тела уплощается.
- 3. Рост и психомоторное развитие соответствуют возрасту.
- 4. Самочувствие ребенка обычно остается удовлетворительным, иногда отмечаются беспокойство, расстройство сна, снижение аппетита.
- 5. Исчезает бархатистость кожи, она становится бледной; тургор тканей и мышечный тонус немного снижаются.
- 6. Изменения со стороны внутренних органов, как правило, не выявляются. Стул нормальный. Мочеиспускание не нарушено.



□ **При гипотрофии II степени**

- дефицит массы тела составляет 20—30%.
- Подкожная клетчатка почти исчезает на животе, груди, значительно истончается на конечностях, уменьшается на лице.
- Характерно отставание ребенка в росте (на 2—4 см) и психомоторном развитии.
- Отмечаются слабость, раздражительность, гиподинамия, значительное снижение аппетита.
- Кожа бледная, с сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складку. Тургор тканей и мышечный тонус резко снижены
- нарушение терморегуляции (дети легко переохлаждаются или перегреваются).
- Характерны приглушение тонов сердца, увеличение печени.



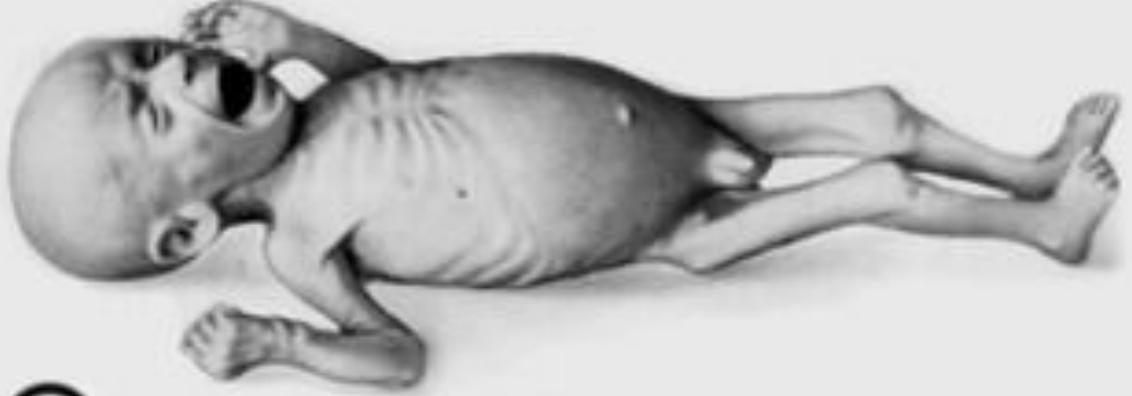
- Стул неустойчивый (запоры сменяются поносами). Часто появляется так называемый голодный кал (темного цвета, сухой, зловонный, имеющий щелочную реакцию), который сменяется жидкими испражнениями.
- При преобладании в пище углеводов испражнения могут быть жидкими с примесью слизи, желто-зеленого цвета, с кислой реакцией, при лабораторном исследовании в них находят много крахмала, клетчатки, жиров, лейкоциты (мучнистый кал).
- Избыток белка в рационе может быть причиной появления белкового кала: кашицеобразного, грязно-серого цвета с гнилостным запахом, щелочной реакции, при лабораторном исследовании в нем выявляют соли жирных кислот, много детрита (продуктов распада тканей).

- ▣ **Гипотрофия III степени**, или атрофия отмечается в основном у детей первых 6 месяцев жизни и характеризуется резким истощением ребенка. Дефицит массы тела превышает 30%. Подкожная клетчатка исчезает на всех участках тела, иногда сохраняется очень тонкий слой на щеках,

Ⓐ



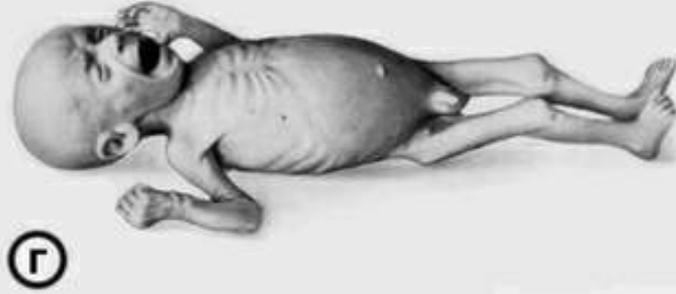
Ⓑ



- Кривая прибавки массы тела плоская или направлена вниз. Наблюдается выраженная задержка роста (на 7—10 см) и психомоторного развития. Нарастают вялость, гиподинамия, отсутствие реакции на внешние раздражители. Лицо ребенка становится морщинистым, «старческим»

- «старческое» лицо при гипотрофии III степени
глазные яблоки и большой родничок западают.
- Кожа бледно-серая, сухая, тургор тканей резко снижен, кожная складка не расправляется.
- Видимые слизистые оболочки сухие, ярко-красного цвета.
- Мышцы атрофичны, тонус их обычно повышен.
- Дыхание поверхностное, нередко возникают различные виды патологического дыхания и периодические остановки дыхания.
- Тоны сердца глухие, сердечные сокращения редкие, неритмичные; АД понижено.
- Живот вздут или втянут. Как правило, наблюдаются запоры, «голодный кал». Мочеиспускание редкое, мочи мало.
- Температура тела обычно понижена.
- Часто присоединяется вторичная инфекция, протекающая без выраженных клинико-лабораторных признаков воспаления.
- При отсутствии лечения ребенок погибает.





Особенности сестринского ухода и лечение гипотрофии

- При выявлении гипотрофии плода проводят коррекцию питания беременной, назначают витамины, сосудорасширяющие и спазмолитические средства, улучшающие плацентарное кровообращение.
- После рождения при ослабленном сосательном или глотательном рефлексе кормление ребенка проводится через зонд.

□ При постнатальной гипотрофии I степени лечение проводят амбулаторно, при гипотрофии II и III степени — в стационаре).

□ Основные принципы лечения :

- 1. устранение причины гипотрофии,
- 2. диетотерапия,
- 3. организация правильного ухода за ребенком,
- 4. устранение метаболических нарушений и витаминной недостаточности,
- 5. проведение стимулирующей терапии,
- 6. санация очагов инфекции в организме.

□ ДИЕТОТЕРАПИЯ

- Используют двухфазный метод питания: в **первой фазе** уточняют переносимость пищи, во **второй** назначают усиленное питание, покрывающее потребности в пищевых веществах и восстанавливающее истощенные резервы.
- При гипотрофии I степени первая фаза длится обычно 1—3 дня; калорийность и объем пищи могут быть несколько уменьшены по сравнению с нормой в зависимости от аппетита и переносимости пищи.
- Во вторую фазу ребенок должен получать белки, углеводы и калории из расчета на 1 кг должноствующей массы тела, а жиры — из расчета на 1 кг фактической массы тела.

- При гипотрофии II и III степени первая фаза длится не менее 5—7 дней, в это время назначают $2/3$, $1/2$ или $1/3$ необходимой суточной калорийности .
- Расчет **белков и углеводов** при гипотрофии II степени проводят на должную массу тела, при гипотрофии III степени на приблизительно должную массу тела (фактическую массу + 20% от нее). **Расчет жиров** осуществляют на фактическую массу тела.
- Недостающее по объему количество пищи восполняют фруктовыми и овощными отварами, 5% раствором глюкозы, соками. Число кормлений увеличивают от 7—8 (при гипотрофии II степени) до 10 раз (при гипотрофии III степени) в сутки, объем порций соответственно уменьшают.
- Кормить ребенка первого года жизни в первые дни рекомендуют грудным молоком.



- Лечение больных с гипотрофией III степени, находящихся в крайне тяжелом состоянии, начинают с полного парентерального питания или кормят через зонд.

□ *Диспансеризация.*

- Дети с гипотрофией находятся под диспансерным наблюдением педиатра, осматриваются врачом не реже 1 раза в 2 недели.
- При каждом осмотре проводятся антропометрия, расчет и коррекция питания.
- Назначают ферментные препараты, витамины, стимулирующие средства, массаж, ЛФК.

- ▣ **Прогноз** при гипотрофии I и II степени в случае своевременного и адекватного лечения, как правило, благоприятный.
- ▣ При гипотрофии III степени летальность может достигать 30—50%.

- ▣ **Профилактика** внутриутробной гипотрофии
- ▣ соблюдение режима дня и рациональное питание женщины во время беременности;
- ▣ исключение производственных вредностей
- ▣ систематический контроль за состоянием беременной и плода,
- ▣ своевременное лечение токсикозов и гипоксии плода.

Профилактика

- **Приобретенная гипотрофия**
- 1. питание кормящей матери.
- 2. ранняя диагностика и лечение гипогалактии.
- 3.своевременный перевод ребенка на смешанное или искусственное вскармливание,
- 4. введение прикорма по возрасту,
- 5. контроль динамики нарастания массы тела ребенка,
- 6. соблюдение правил ухода за ним

Спасибо за внимание!!!

