

Функціональні розлади травлення. Білково-енергетична недостатність у дітей раннього віку.

**лекція для здобувачів освіти 2 курсу
ОПІ Сестринська справа
Лектор: доцент Цвіренко С.М.**



План лекції

1. Поняття білково-енергетичної недостатності у дітей.
2. Причини. Класифікація. Клінічні прояви різних ступенів гіпотрофії. Діагностичні а лікувальна тактика.
3. Поняття рол функціональні розлади ШКТ у дітей раннього віку.
4. Синдром зригування у дітей. Поняття про пілороспазм і пілоростеноз.
5. Кишкові коліки у дітей. Причини. Прояви. Лікувальна тактика.
6. Закрепи у дітей раннього віку. Причини. Лікувальна тактика.

Актуальність теми

- 150 мільйонів дітей в країнах з низьким і середнім рівнем економічного розвитку страждають від недостатності харчування
- Причини майже 11 мільйонів смертей у дітей до 5 років в цих країнах – недостатність харчування
- Синдром зригування є найпоширнішим проявом у дітей перших місяців життя
- Кишкові коліки посідають одне з провідних місць у порушенні травлення у дітей грудного віку.
- Схильність до закрепів/закрепи можуть стати причиною дискомфорту маленького животика і зустрічаються у 20-35% дітей грудного віку

Гіпотрофія (білково-енергетична недостатність)

це недостатнє живлення дитини, яке характеризується

- зупинкою або сповільненням збільшення маси тіла,
- прогресуючим зниженням підшкірної основи,
- порушенням пропорцій тіла,
- порушенням травлення,
- порушенням обміну речовин,
- послабленням імунітету
- астенізації організму,
- схильності до розвитку інших захворювань,
- затримкою фізичного і нервово-психічного розвитку.

Нормотрофія (ейтрофія) характеризується

1. чиста, рожева, оксамитна шкіра без ознак гіповітамінозів;
2. нормальна товщина підшкірного жирового шару, хороший тургор шкіри и тонус м'язів;
3. Відповідний до віку розвиток скелета і відсутність ознак рахіту;
4. відповідний до віку психомоторний розвиток, позитивний емоційний тонус;
5. хороший апетит і нормальна робота всіх органів і систем;
6. хороша опірність до інфекцій, дитина рідко, і неважко переносить інфекційні захворювання;
7. маса і довжина тіла, індекси фізичного розвитку відрізняються від норми не більше, ніж на 5-10%.



Гіпотрофія

По часу виникнення

- Пренатальна
- Постнатальна

За ступенем тяжкості

- I ступеня – дефіцит маси тіла 11–20%;
- II ступеня – дефіцит маси тіла 21–30%;
- III ступеня – дефіцит маси тіла $> 30\%$.

Гіпотрофія

За причинами (етіологією):

- аліментарна;
- інфекційна;
- пов'язана із дефектами режиму, дієти;
- пов'язана з пренатальними ушкоджуючими факторами;
- обумовлена спадковою патологією та вродженими аномаліями розвитку.

Гіпотрофія

За періодами:

- початковий;
- прогресування;
- стабілізації;
- реконвалесценції.

За формою:

- *гостра* – проявляється переважною втратою маси тіла та її дефіцитом по відношенню до належної маси тіла щодо зросту;
- *хронічна* – проявляється не лише дефіцитом маси тіла, а й суттєвою затримкою зросту.

Основні клінічні критерії

1. Оцінка фізичного стану (відповідність віковим стандартам ваги, зросту)
2. Оцінка соматичного і емоційного стану (жвавість, реакція на оточення, захворюваність)
3. Оцінка шкірних покривів (блідність, сухість, наявність висипу)
4. Оцінка стану слизових оболонок (наявність афт, молочниці).
5. Оцінка тургора тканин (знижений)
6. Оцінка підшкірного жирового шару (зменшений або відсутній):
 - при гіпотрофії I ступеня – зменшення на животі
 - при гіпотрофії II ступеня – зменшення на животі, тулубі і кінцівках
 - при гіпотрофії III ступеня - зменшення на обличчі, животі, тулубі і кінцівках



Причини гіпотрофії

1. Пренатальні фактори

- недостатнє харчування і захворювання матері (з порушенням матково-плацентарного кровообігу і внутрішньоутробною гіпоксією плода), професійні шкідливості, стреси, шкідливі звички,
- внутрішньоутробні інфекції.

2. Постнатальні фактори

а) аліментарні фактори:

- кількісний недокорм: при гіпогалактії; при ускладненнях вигодовування - зригування, блювання, маленька нижня щелепа, коротка вуздечка язика та ін.;
- якісний недокорм: використання невідповідної віку дитини суміші; пізнє введення прикормів;

б) інфекції

в) токсичні фактори

г) дефекти догляду

3. Ендогенні фактори

Клінічна картина гіпотрофія I ступеня

- Провідними клінічними симптомами при гіпотрофії є уповільнення наростання, зупинка надбавки або зниження маси тіла.
- загальний стан дитини залишається задовільним, колір шкірних покривів помірно блідий, зменшується підшкірний жировий шар, дещо знижується тургор шкіри.



Гіпотрофія II ступеня

- поряд з відставанням в масі тіла відбувається відставання росту (від 2 до 3-4 см);
- підшкірний жировий шар зникає на тулубі та кінцівках;
- шкіра втрачає еластичність, стає сухою, легко збирається в складки, на окремих її ділянках може бути лущення, пігментація;
- волосся стає більш жорсткими і рідким;
- тургор тканин значно знижується;
- розвивається м'язова гіпотонія.



Гіпотрофія III ступеня

- різке виснаження,
- очі западають, обличчя набуває старечий вид, зморшкувате;
- шкіра суха, лущиться, з пігментацією, легко збирається в складку і довго не розправляється;
- слизові оболонки сухі, яскраві, легко травмуються;
- підвищена збудливість або апатія, млявість; сон неспокійний, апетит знижений;
- сповільнений розвиток моторних функцій;



Гіпотрофія III ступеня

- М'язи стають атрофічними.
- зміни з боку ССС: глухість тонів серця, уповільнений пульс, зниження артеріального тиску.
- Порушується терморегуляція, кінцівки постійно холодні.
- Живіт втягнутий або роздутий, атонія кишечника і метеоризм.
- анемія
- Знижений імунітет; захворювання часто мають важкий характер, часто в ускладнення.



Клінічні особливості різних форм гіпотрофії у дітей

Клінічні ознаки	Ступінь гіпотрофії		
	I	II	III
Дефіцит маси	11-20%	21-30%	31% і більше
Загальний стан	Задовільний	Середньої важкості	важке
Потоншення шкірно-жирової клітчатки	Помірне (на череві)	Виражене (на череві, тулубі, кінцівках)	Значне (повна відсутність)
Тургор тканин	Помірно знижений	Явно знижений	Різко знижений
Трофічні зміни шкіри	Помірна блідість, еластичність знижена	Бліда, суха, еластичність різко знижена	Еластичність відсутня, тріщини, язви
Відставання у зрості	Відсутнє	На 1-3 см	На 3-5 см
Психомоторний розвиток	Відповідне до віку	Уповільнений розвиток	Значне відставання
Толерантність до їжі	Не порушена	Знижена	Різко знижена
Імунологічна реактивність	Нормальна	Знижена	Різко знижена

Клінічні прояви можна згрупувати в синдроми

- ***синдром трофічних розладів***: стоншення підшкірно-жирової клітковини, зниження тургору тканин, плоска крива наростання та дефіцит маси тіла щодо довжини тіла, ознаки полігіповітамінозу та гіпомікроелементозу;
- ***синдром травних порушень***: анорексія, диспептичні розлади, зниження толерантності до їжі;
- ***синдром дисфункції ЦНС***: зниження емоційного тону, переважання негативних емоцій, періодичний занепокоєння, відставання психомоторного розвитку;
- ***синдром порушень гемопоезу та зниження імунітету***: дефіцитні анемії, вторинні імунодефіцитні стани (особливо страждає на клітинну ланку імунітету).

Загальні принципи дієтотерапії при гіпотрофії

№ з/п	Ступінь гіпотрофії	I	II	III
1	Тривалість вивчення толерантності до їжі	1-3 дні	6-7 днів	10-14 днів
2	Вид харчування	Материнське молоко або адаптовані молочно-кислі суміші (при відсутності материнського молока)		
3	Добовий обсяг	Повний	2/3 або ½ від відповідного об'єму	½ або 1/3 від відповідного об'єму
4	Число годувань	6-7 через 3-3,5 години	8 через 2,5 години	10 через 2 години
5	Допустимі добові при бавлення їжі	Повний об'єм без коригуючих добавок і прикорму	100-150 мл щодобово	100-150 мл кожні 2 дні
6	Критерії змін кількості годувань	Не змінюються	При досягненні 2/3 об'єма дають 7 годувань через 3 години	При досягненні ½ об'єма годують через 2,5 години 8 разів, а при досягненні 2/3 об'єма – 7 годувань через 3 години

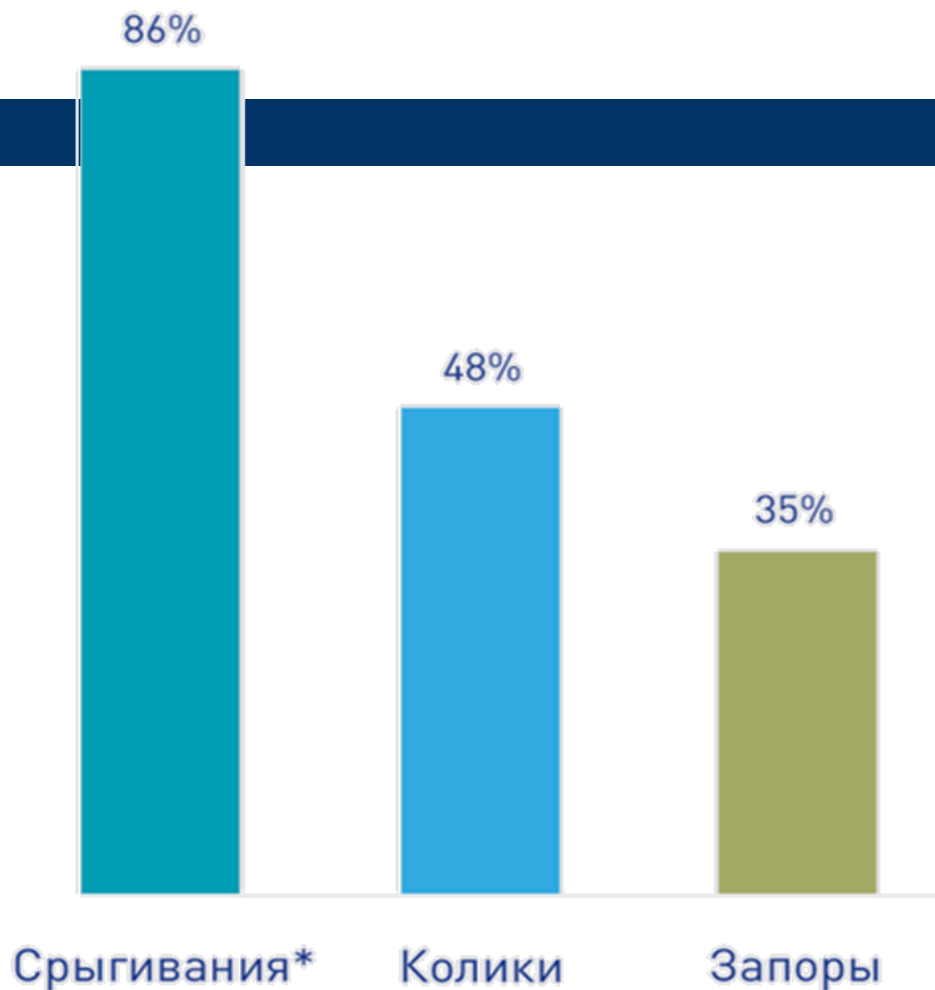
Лікування білково-енергетичної недостатності

- усунення факторів, що призвели до гіпотрофії;
- стабілізація стану дитини;
- оптимізована дієтотерапія;
- замісна терапія (ферменти, вітаміни, мікроелементи);
- відновлення зниженого імунного статусу;
- лікування супутніх захворювань та ускладнень;
- організація оптимального режиму, догляду, масажу, ЛФК

Функціональні розлади ШКТ



Поширеність симптомів травного дискомфорту у дітей першого року життя



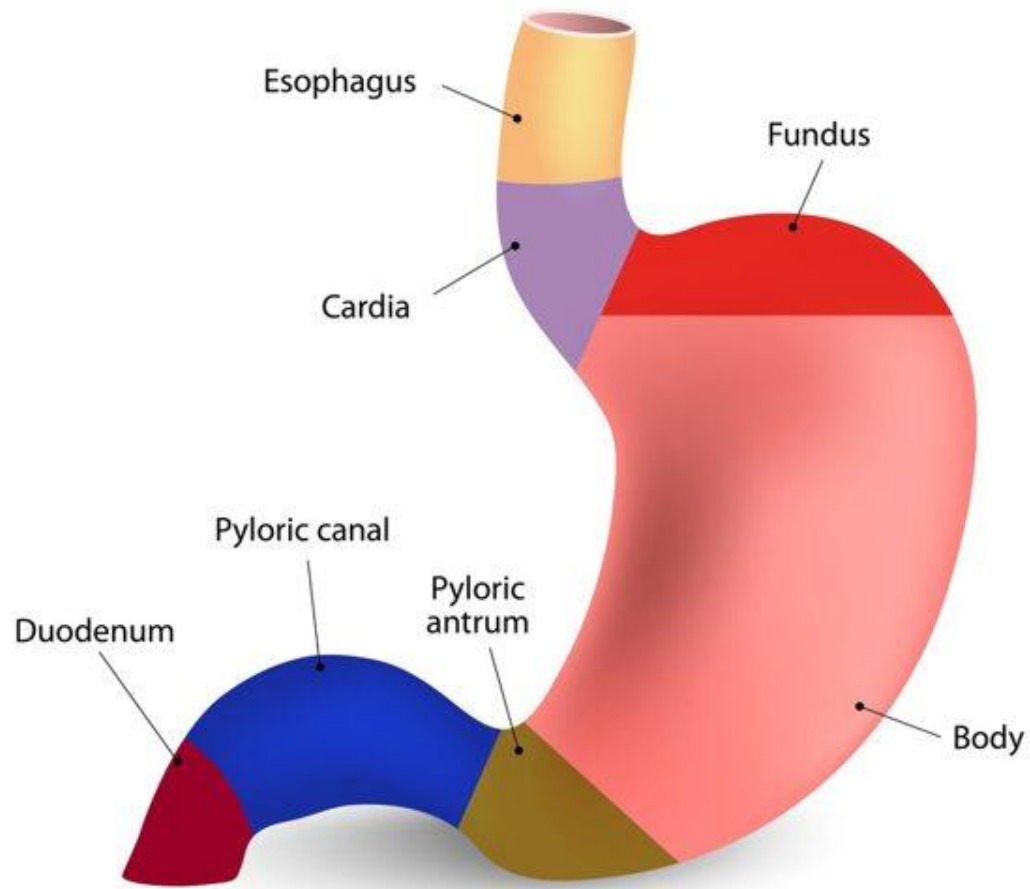


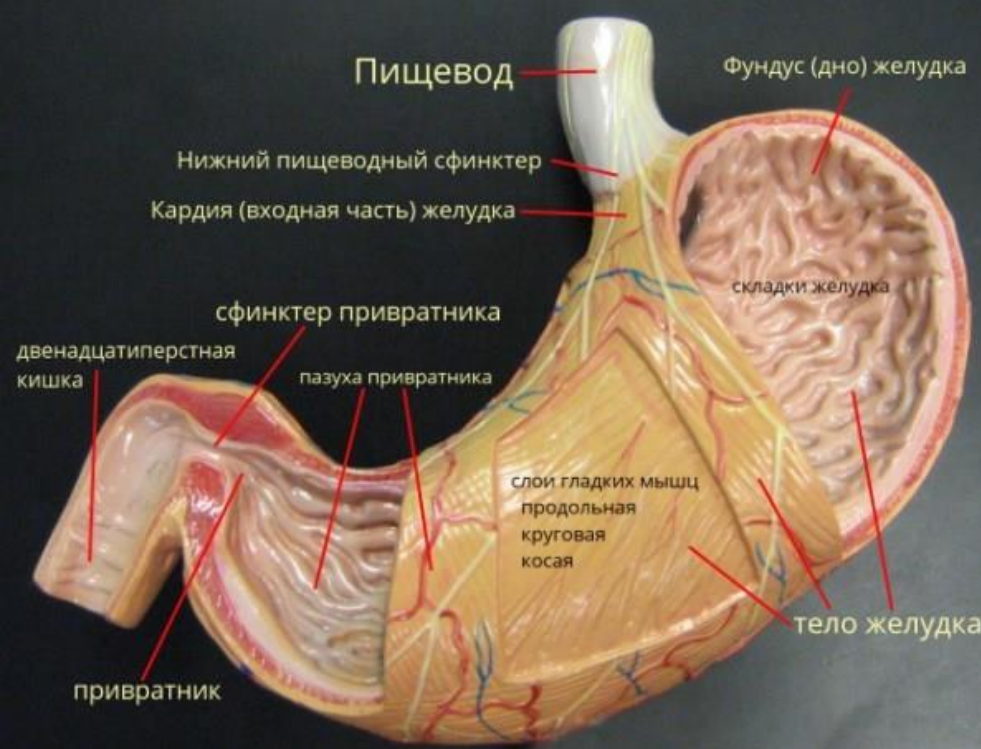
Синдром зригування та блювання у дітей

зригування (регургітація)

- Потрапляння шлункового вмісту об'ємом 5-30 мл у ротоглотку
- Не супроводжується вегетативними порушеннями, напругою м'язів черевного преса, повернення їжі відбувається пасивно
- зустрічається у 2/3 дітей до 4 місяців, у 5% дітей у віці 10-12 місяців

Синдром зригування у немовлят





Вроджений пілоростеноз – це вада розвитку (потовщення) воротаря шлунку в поєднанні зі спазмом пілоричного відділу. Внаслідок цього порушується евакуація вмісту шлунку.

Статистика



- ✓ „зустрічається у віці від 4 днів до 4 місяців
- ✓ ☐ частота 1 на 300 немовлят ☐
- ✓ хлопчики хворіють в 4 рази частіше, ніж дівчатка „

Синдром зригування у немовлят - пілоростеноз

Клініка: початок захворювання на 2-3 тижнів життя;

- Ранній симптом - блювання "фонтаном" шлунковим вмістом без домішки жовчі, при якій об'єм блювотних мас значно перевищує обсяг одноразового годування.
- Блювотні маси мають застійний характер, кислу реакцію, у важких випадках – домішки крові.
- Прогресуючий зниження маси тіла з розвитком гіпотрофії, вага стає менше, ніж при народженні.
- Зменшення кількості сечовипускань із зменшенням добової кількості сечі.
- після прийому будь-якої їжі, у дитини майже відразу починається блювота;
- після прийому їжі, може з'явитися ущільнення в області шлунку;
- частота випорожнень зводиться до мінімуму;
- може проявитися постійна роздратованість, сонливість.

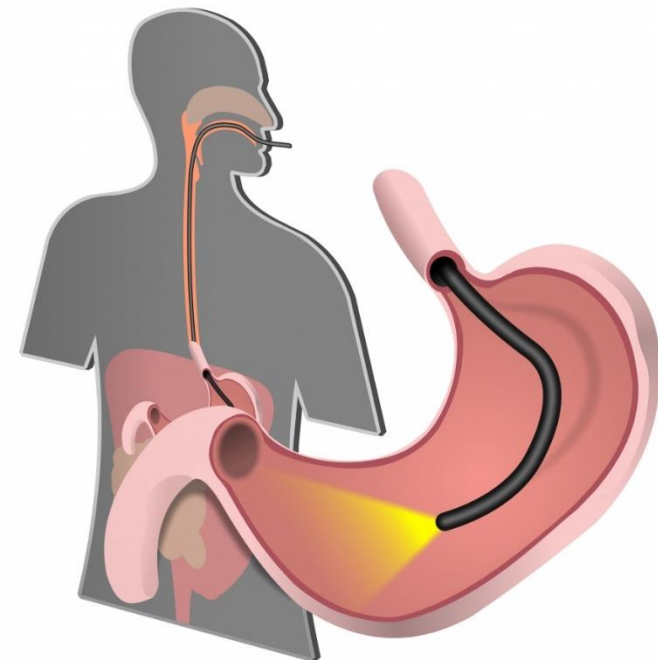
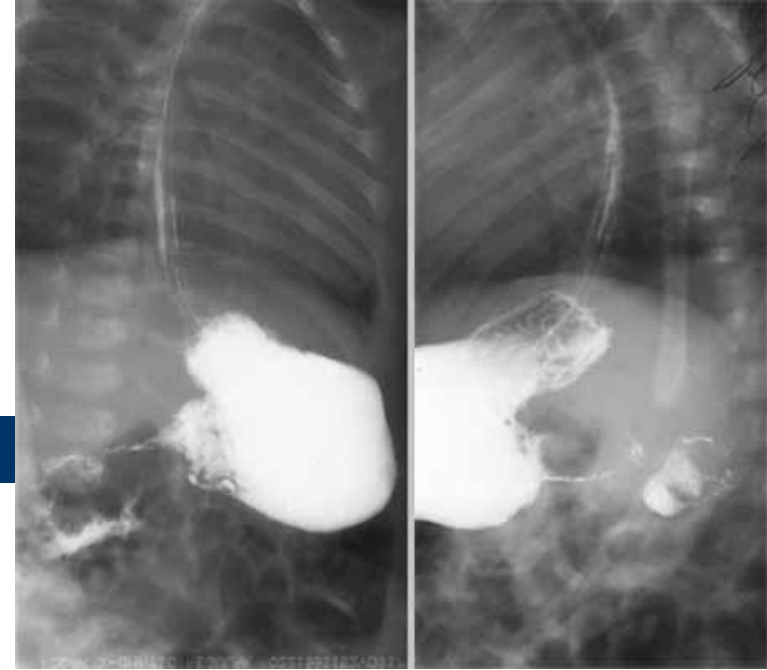
Терапія: корекція харчування (розрахунок вікової норми, підбір суміші), підвищене положення дитини у ліжку. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ: пілороміотомія. Роблять операцію протягом 1-3 днів після підтвердження діагнозу.

Симптом видимої перистальтики



Діагностика

- **Рентгеноконтрастне дослідження** через 3 год. у шлунку залишається більше половини контрастної речовини
- **При ендоскопії** визначається розширений, перерозтягнутий шлунок, звужений пілорус.
- **УЗД** можна визначити непрямі ознаки: затримка евакуації вмісту шлунка через 3 год. після годування, посилені перистальтичні рухи стінок шлунка вище місця перешкоди.



Пілороспазм



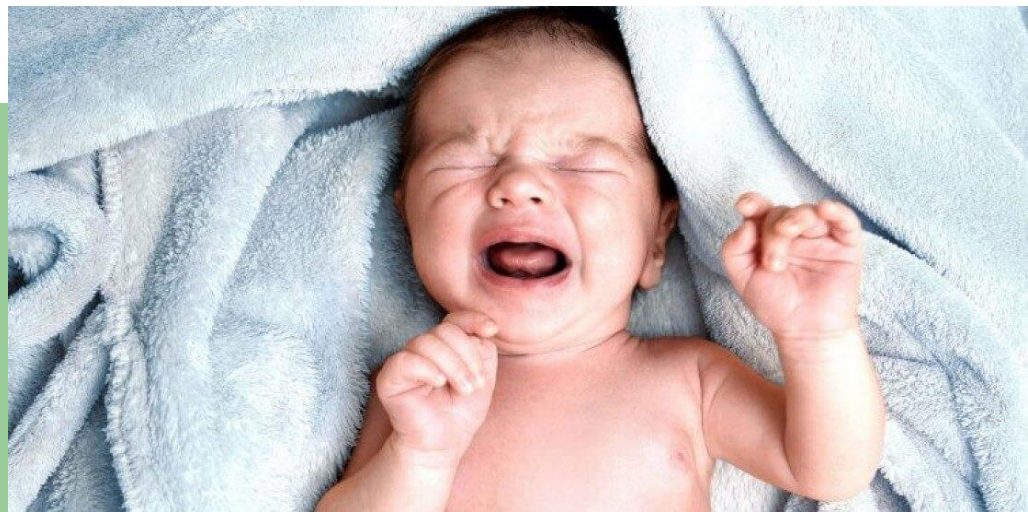
Синдром зригування у немовлят - пілороспазм

- **Пілороспазм** – функціональний розлад - спазм м'язів воротаря.
- **Клініка:** зригування з перших днів життя, блювання відтерміновані від годування, зворушенням молоком, об'єм не перевищує об'єм разового годування, дитина в масі прибавляє, діурез достатній
- **Лікування:** Зменшують кількість молока на одне годування і збільшують частоту годувань. З метою зняття спазму воротаря призначають лікувальне харчування – антирефлюксні суміші (перед годуванням). Після споживання їжі, малюк повинен знаходитися у вертикальному положенні близько години. При закачуванні перед сном, потрібно класти малюка на бік, щоб не захлинувся, якщо буде блювання.

Лікувальне харчування



Кишкові коліки у немовлят



Кишкові коліки немовлят



Кишкові коліки у новонароджених (грец. *colicos* — біль у кишечнику).

На думку багатьох авторів, функціональні розлади ШКТ у дітей коливаються від 20 до 90% залежно від віку, статі, годування.

Зазвичай вони з'являються з 2–3-тижневого віку і закінчуються до 3–4 міс без будь-яких наслідків, самостійно.

Враховуючи анатомо-фізіологічні особливості новонароджених, можна стверджувати, що кишкові коліки є функціональним порушенням травлення і певною мірою «умовно» фізіологічним станом періоду адаптації та дозрівання ШКТ немовляти, що супроводжується порушенням стану здоров'я і самопочуття.

Основні причини колик у немовлят:

- незрілість ферментних систем ШКТ і найчастіше - тимчасове зниження здатності повністю засвоювати лактозу
- несформований мікробіоценоз кишечника
- незрілість структур головного мозку, що регулюють процеси травлення
- психологічні порушення взаємодії «дорослий-малюк» у родині
- стійкі коліки можуть бути також проявами харчової алергії на білок коров'ячого молока.

Кишкові коліки немовлят



Принциповим у діагностиці є вік (перші місяці життя), періодичність появи больових нападів і зв'язок їх із годуванням на тлі задовільного стану в період між нападами.

Факторами їх розвитку з боку матері є: порушення харчування матері (вживання продуктів, що спричиняють газоутворення: огірків, капусти, бобових, кукурудзи, квасу, свіжого білого хліба та ін.); шкідливі звички (куріння, алкоголь, наркотики); стреси; несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез.

Клініка кишкових колік немовлят



- Клінічно проявляються нападами спастичного болю в животі.
- Напад починається несподівано серед повного благополуччя, частіше у хлопчиків, під час або після годування проявляється надмірним плачем без видимих причин.
- Дитина стає неспокійною: кричить, сучить ніжками, руки притиснуті до тулуба, стопи холодні на дотик, животик напружений, роздутий, можливі відрижки.
- Полегшення настає самостійно чи після відходження газів, дефекації.
- У період між нападами дитина спокійна, має хороший апетит, надбавку у масі тіла, позитивний емоційний настрій.

Римські критерії III діагностики дитячих КОЛЬОК

Діагноз встановлюють за наявності всіх перерахованих нижче ознак у дитини до 4-місячного віку:

1. Пароксизми дратівливості, неспокою або крику, які починаються і припиняються без очевидної причини
2. Тривалість епізодів 3 або більше годин на день, і вони з'являються не менше 3 днів на тиждень протягом хоча б 1 тижня
3. Відсутні ознаки прогресування

Характерно для кишкових колік

- поява їх у віці 2–3 тиж;
- виникнення пароксизмів занепокоєння щоденно в один і той же час (з 18:00 до 22:00);
- тривалість колік ≥ 30 хв;
- полегшення після відходження газів або дефекації.

Характерно для кишкових колік

- Супроводжуються коліки у новонароджених гучним криком, гіперемією обличчя, вздуттям животики, блідністю носогубного трикутника, характерними рухами кінцівок.



Діагностика кишкових кольок

- У діагностиці можна використовувати «щоденник плачу», де зазначається час, тривалість, частота плачу, зв'язок із годуванням, характер випорожнення, основні візуальні ознаки нападу.
- Кишкові коліки можуть з'являтися в будь-якому грудному віці, але якщо вони **виникають із 2–3-тижневого віку**, то швидше за все є функціональним порушенням діяльності ШКТ, якщо у віці 4–5 міс, то необхідне поглиблене обстеження дитини.
- При появі загрозливих симптомів, таких як підвищення температури тіла; домішки в калі; відмова від їжі; судоми; відсутність надбавки маси тіла; біль у животі при пальпації; відсутність випорожнень; блювання з домішками крові — необхідна консультація спеціаліста та додаткове обстеження.

Лікування коліків у немовлят

Перш за все необхідно створення сприятливої психоемоційної атмосфери для матері й дитини, пояснити причини виникнення коліків і чим допомогти дитині при їх появі.

Важливим є навчання матері навичкам правильного прикладання дитини до грудей для профілактики аерофагії.

Тривалість годування у середньому 30 хв, оскільки в перші 15 хв дитина отримує «переднє» молоко, насичене вуглеводами, що спричиняє газоутворення, а «заднє» молоко багате жирами і містить багато лактази, ферменту, необхідного для повного розщеплення «переднього» молока.

Якщо дитина перебуває на штучному або змішаному годуванні, перевагу слід віддавати низьколактозним сумішам

Після годування протягом 10–15 хв потримати дитину в похилому положенні (під кутом 45°), вниз животом, для відходження повітря, яке заковтується під час годування.

Між годуваннями і під час нападу кольок малюка викладають на живіт



Лікувальне харчування



Харчування жінки-годувальниці

Обов'язковою є корекція раціонального харчування годувальниці. При збереженні різноманітного і повноцінного харчування годувальниці необхідно з раціону вилучити компоненти, які спричиняють підвищене газоутворення, таких як капуста, огірки, бобові, кукурудза, свіжий білий хліб, наваристі бульйони, квас, приправи.





Допомога при кишкових коліках

- фізичний контакт («прогулянки» у мамі чи тата на руках);
- масаж животики (за годинниковою стрілкою – стимулює травлення);
- зміна положення тіла та викладання на животик;
- почергове згинання-розгинання ніжок, притискаючи їх до животики (6–8 разів);
- грілка на ділянку животики (5–10 хв);
- водні процедури (тепла ванна розслабляє і знімає кишкові спазми).

Допомога при кишкових коліках

- зручне положення дитини (це визначається експериментальним шляхом, але частіше за все, це положення на животику – легкий тиск на нього сприяє відходженню газів);
- масаж животика прийом лікувального чаю (на основі фенхеля, ромашки);
- прийом пробіотиків, які потрапляючи в шлунково-кишковий тракт, допомагають відновити баланс мікрофлори кишечника і поліпшити самопочуття дитини;
- прийом препаратів симетикону, який змінює поверхневий натяг пухирців газу, що знаходяться у вмісті шлунка та кишечника, у результаті чого вони руйнуються.

Лікування кишкових кольок

Доцільним є застосування **фітопрепаратів вітрогінної та м'якої спазмолітичної дії** (коріандру, фенхелю, ромашки, вербени, м'яти перцевої). За відсутності ефекту вищенаведених рекомендацій показано застосування газовідвідної трубочки або очисної клізми, можливе введення свічки із гліцерином.

Рекомендують використовувати **симетикон**, який входить до складу різних лікарських препаратів

Чаї для немовлят



Препарати симетикону



Закреп у немовлят



Важливо знати

Нормальними вважаються випорожнення
1-7 р на добу з народження до 4 міс.

1-3 рази на добу з 4 міс. до 3 років,

1-2 рази на добу після 2 років життя дитини.



Ознаки закрєпів у дітей грудного віку

- регулярне затримання стільця на 36 годин і більше;
- плач та неспокій при натужності;
- поява оформленого або щільного стільця.

Фактори, які сприяють появі закрепів:

- незріла регуляція нервовою системою перистальтики кишечника. У грудних дітей перистальтика кишечника у 3 рази повільніша у порівнянні з перистальтикою кишечника у старших дітей та дорослих;
- інтенсивні зригування;
- порушення формування кишкової мікрофлори;
- порушення психоемоційного стану малюка можуть призвести до спазму кишечника і появі закрепів;
- вживання годуючою груддю мами надмірної кількості тваринних жирів і білків, сприяючих сповільненню перистальтики кишечника;
- низький вміст харчових волокон у раціоні;
- недоїдання, у тому числі грудного молока, сприяє сповільненню перистальтики кишечника (мало калових мас) і появі щільних випорожнень (отримання недостатньої кількості рідини з їжею);
- значне переїдання, в першу чергу на штучному вигодовуванні, особливо у перші місяці життя малюка (вікова недостатність ферментів) може сприяти появі закрепів;

Фактори, які сприяють появі закрепів

- недостатня кількість вживаної рідини;
- використання неякісної суміші/суміші, що не відповідає віку дитини;
- неправильне введення прикорму (занадто рано або пізно до віку дитини);
- ускладнення вагітності/пологів;
- вживання ліків дитиною (протисудомні, залізо, кальцій, сорбенти);
- перенесені кишкові інфекції і порушення кишкової мікрофлори (у т.ч. після лікування антибіотиками);
- недоношеність;
- непереносимість коров'ячого молока/козячого молока;
- використання протягом тривалого часу клізм і механічних засобів стимуляції опорожнення кишечника (призводить до звикання і формування рефлексу на подразнення кишечника для подальшої дефекації).



Рекомендації матерям, які годують груддю

- Дотримання питного режиму (не менше 2 літрів рідини на добу);
- дієта з обмеженим вживанням тваринних жирів (вершкове масло 20-25 г) з одночасним підвищенням вживання термічно не оброблених рослинних олій (соняшникова, кукурудзяна, оливкова та ін. – 1-1,5 ст. ложки).
- в раціоні достатня кількість продуктів, багатих харчовими волокнами: овочів (морква, буряк, гарбуз, кабачки, капуста – 400-500 г), фруктів (яблука, груші, сливи, персики та ін. – 300 г), фруктових соків (бажано свіжо вижатих з м'якоттю – 200-300 мл), круп (гречана, вівсяна, пшенична), сухофруктів (20-25 г), висівок (до 50 г). Бажаними є кисломолочні продукти (2,5% жирності), які позитивно впливають на процеси травлення. перистальтику кишечника (йогурт, кефір та ін. – 400-500 мл). Виключення/обмеження жирних сортів м'яса (свинина, баранина та інші), солодощі.
- між годуваннями давайте дитині не кип'ячену дитячу водичку, підігріту до температури годування (попереднє виключивши недоїдання.)

Важливо!

- На грудному вигодовуванні, малюку с закрепами, достатньо 1-2 ч.л. води декілька разів на добу.
- Некип'ячена негаряча водичка подразнює рецептори кишечника і сприяє підвищенню його перистальтики. Зазвичай з грудним молочком малюк, до 6 місяців життя, отримує достатню кількість рідини, але в деяких випадках, коли у дитини закрепи, вона потребує додаткової кількості рідини.
- Малюкам на штучному вигодовуванні обов'язково треба пропонувати водичку між годуваннями.
- Своєчасно введення прикорму
- Перед годуванням викладати дитину спочатку на животик, а потім на спинку.
- масаж животика, поглажуючими рухами за годинниковою стрілкою. Після чого ніжно згинаючи ніжки у колінках і стежачи за реакцією малюка притискати їх до животика.
- Призначення суміші з пребіотиком лактулозою.

Лікувальне харчування



Важливо!

95% від усіх закрепів у дітей займають так звані функціональні закрепи, які виліковуються за допомогою дієти без застосування ліків.

Дякую за увагу!

