



# Сестринский процесс при острых и хронических расстройствах питания и пищеварения



**Беспалова Наталия Геннадьевна**

Врач-неонатолог ГБУЗ ВО «Областной перинатальный центр»,  
заведующий отдела аккредитации Регионального  
учебно-методического центра аккредитации, аттестации  
и непрерывного медицинского и фармацевтического  
образования

# Острые расстройства пищеварения у детей раннего возраста. Причины. Клинические проявления.

## Принципы лечения.

Острое расстройство пищеварения у детей раннего возраста возникает при:

- неправильном режиме питания (более частые, чем это необходимо, кормления);
- резком переходе от грудного к искусственному без предварительной постепенной подготовки к новым видам пищи (несоответствие состава пищи возрасту ребенка).
- Симптомы и течение: У ребенка наблюдаются срыгивания и рвота, при которых удаляется часть избыточной или неподходящей пищи. Часто присоединяется понос, стул учащается до 5-10 раз в сутки. Кал жидкий, с зеленью, в нем появляются комочки непереваренной пищи. Живот вздут, отходят газы с неприятным запахом. Отмечается беспокойство, аппетит снижен. Лечение:
  - отменить все прикормы
  - объем питания сократить на половину
  - давать достаточное количество жидкости до необходимого объема питания (используются глюкозо-солевые растворы – регидрон, физиологический раствор, 5% раствор глюкозы)
  - после прекращения рвоты и поноса объем питания увеличивают, в дальнейшем вводят прикормы с учетом правил (постепенно, поочередно, объем прикорма для ребенка первого года жизни не более 150 г в одно кормление)

# Хронические расстройства питания у детей раннего возраста

- **Дистрофия** (от греч. dys- расстройство, trophe- питание) - это хронические расстройства питания у детей.
- Дистрофии бывают:
  - Гипотрофия – недостаточное питание.
  - Паратрофия, ожирение – избыточное питание.
- Дистрофические состояния снижают иммунитет, ухудшают течение острых заболеваний и предрасполагают к развитию хронических заболеваний.
- Гипотрофия (hupo – ниже, trophe – питание) – это хроническое расстройство питания детей раннего возраста, характеризующееся недостаточным поступлением питательных веществ, нарушением их усвоения, развитием дефицитом массы тела, роста и т.д. Частота гипотрофий составляет ~ 10-12% детей до 3-х лет.

# Виды дистрофий

1. **гипотрофия** - масса тела ниже нормы
2. **паратрофия** - масса тела превышает норму не более чем на 10%
3. **ожирение** - масса тела превышает норму более чем на 10%
4. **гипостатура** - недостаточность питания у детей первого года жизни, проявляющаяся преимущественно задержкой роста, при к-рой масса тела для данного роста близка к норме.

**Термин "дистрофия" обычно используют для обозначения гипотрофии**

**Хроническое расстройство питания,  
возникающее в результате голодания  
организма.**

**Дефицит пищевых веществ может быть  
обусловлен недостаточным поступлением  
их с продуктами питания или быть  
результатом нарушения усвоения и  
утилизации пищи.**

**Гипотрофия чаще развивается у детей  
первых 2 лет жизни.**

# Этиология

Основная причина гипотрофии –  
количественный и качественный недокорм

## Факторы:

- алиментарные
- инфекционные
- конституциональные факторы

# Алиментарные факторы

- **Нарушения вскармливания** - количественного или качественного характера.

Недостаточное поступление пищи может быть связано с причинами, зависящими от:

матери (гипогалактия, дефект грудных желез — «тугая грудь», плоские или втянутые соски и др.)

ребенка (недоразвитие сосательного рефлекса у недоношенных детей, родовая травма, дефекты развития и уродства, затрудняющие сосание: расщепление губы, твердого нёба, пилоростеноз и др.).

- **Нарушение качественного состава пищевого рациона**, при неправильном соотношении белков, жиров и углеводов, недостаточном поступлении какого-либо из основных пищевых ингредиентов (белков, витаминов).
- **Нарушение ухода**, беспорядочное кормление, недостаточное введение жидкости и др.
- Гипотрофия чаще возникает **у детей**, находящихся **на смешанном и искусственном вскармливании**.

# Инфекционные факторы

- острые инфекции (кишечные, респираторно-вирусные, гнойно-воспалительные и др.),
- хронические инфекции
- воздействие ряда токсических факторов



# Конституциональные факторы

- Врожденная патология (муковисцидоз, целиакия, энзимопатия).
- Наиболее частая причина гипотрофии у детей раннего возраста — непереносимость белков коровьего молока, глютена (белок злаковых).
- Наследственных эндокринных, иммунодефицитных заболеваний, поражений центральной нервной системы.
- Гипотрофия может носить врожденный характер, ее причиной могут явиться заболевание матери, фетопатии, дефекты внутриутробного развития.

## Механизм патологического процесса:

- Под влиянием различных факторов происходит нарушение ферментативной деятельности пищеварительных желез, подавляется секреция желудочно-кишечного тракта. Нарушаются процессы ферментативного расщепления и всасывания пищевых веществ в кишечнике, развивается дисбактериоз, снижается синтез витаминов. Для поддержания процессов жизнедеятельности организм использует запасы жира и гликогена из депо (подкожная клетчатка, печень, мышцы, внутренние органы), затем начинается распад клеток паренхиматозных органов. В процессе распада образуются промежуточные токсические вещества, которые еще больше ухудшают обменные процессы. Нарушается возбудимость коры головного мозга и подкорковых центров, их регуляторные механизмы, что приводит к угнетению и истощению внутренних органов. Разрушается система иммунологической защиты, легко присоединяется инфекция и активируются ее эндогенные очаги с развитием септического и токсического состояния.

# Клиническая картина

**Ведущими клиническими симптомами при гипотрофии являются замедление нарастания, остановка прибавки или снижение массы тела.**

По времени возникновения гипотрофии выделяют врожденную и приобретенную гипотрофии. В зависимости от причины гипотрофия бывает первичная (при недокорме) и вторичная (как следствие какого-либо заболевания). По степени тяжести гипотрофия делится на три степени тяжести.

# Клиника первичной гипотирозии (по степеням

тяжести)

Клинический признак	1-я степень (легкая)	2-я степень (средней тяжести)	3-я степень (тяжелая) атрофия
Состояние ЦНС	Возбуждение, сменяющееся торможением	Торможение	Резкое торможение, апатия
Аппетит	Повышен или сохранен	Снижен	Анорексия
Секреция пищеварительных ферментов	Умеренно снижена	Снижена	Резко снижена
Кожа	Бледная	Бледная, сухая, эластичность снижена	Бледно-серого цвета, с цианотичным оттенком дряблая, свисает складками
Подкожно-жировой слой	Отсутствует на животе, истончен на конечностях	Отсутствует на животе, груди и конечностях, сохранен на лице	Отсутствует везде, включая лицо
Тургор тканей	Снижен	Значительно снижен	Полностью утрачен
Дефицит массы тела	11-20%	21 - 30%	Более 30%
Отставание в росте	Не отстает	Отстает на 1 - 3 см.	Резко отстает
Психомоторное развитие	По возрасту	Отстает	Резко отстает
Другие симптомы		Полигиповитаминоз (мраморность, шелушение, гиперпигментация кожи, ломкость волос и ногтей, заеды в углах рта). Нарушена терморегуляция. Неустойчивый стул.	Полигиповитаминоз (мраморность, шелушение, гиперпигментация кожи, ломкость волос и ногтей, заеды в углах рта). Неустойчивый стул (голодный стул). Редкие мочеиспускания

Ⓐ



Ⓑ



Ⓒ



Ⓓ



**У детей с гипотрофией  
понижена реактивность, они  
чаще болеют, восприимчивы  
к инфекциям; заболевания у  
них нередко принимают  
тяжелый характер, часто  
возникают осложнения.**

# Диагноз.

**Ставится на основании оценки  
клинических симптомов,  
отставания в массе тела.**

- **Осложнения:**
- Тяжелое поражение жизненно важных органов
- Присоединение вторичной инфекции с развитием токсических и септических осложнений.
- **Прогноз.**
- При своевременно начатом лечении, адекватном питании и уходе, как правило, прогноз благоприятный. Исключение составляют дети с поражением ЦНС и множественными врожденными пороками развития.



# Основные принципы лечения гипотрофии:

- Вначале выяснить причину развития гипотрофии и попытаться ее устранить.
- Ребенка с гипотрофией I степени можно выхаживать дома, дети с II-III степенями гипотрофии подлежат обязательной госпитализации.
- Организация лечебно-охранительного режима с учетом физического, нервно-психического состояния ребенка, а не календарного возраста ребенка.
- При госпитализации ребенка необходимо поместить в отдельный бокс (профилактика внутрибольничной инфекции), обеспечить частое проветривание, кварцевание, ношение масок медицинским персоналом, поддержание  $T^{\circ}$  воздуха 24-27 $^{\circ}$  С (для исключения возможности перегревания или переохлаждения ребенка).
- Проведение диетотерапии. Питание должно быть адекватно сниженным ферментативным способностям ребенка. Диетотерапия проводится в три этапа:

- *Первый этап* (выяснение толерантности к пище): при I степени гипотрофии проводится не всегда или занимает всего несколько часов-1 сутки, при II степени гипотрофии – 3-5 дней, при III степени гипотрофии – 7-10 дней. Суточный объем питания уменьшается при I степени гипотрофии до 2/3, при II степени гипотрофии до 1/2, при III степени – до 1/3 должного объема, который рассчитывается на имеющуюся массу тела ребенка. Ребенка кормить часто, малыми порциями. Для питания использовать грудное молоко или адаптированные молочно-кислые смеси. До необходимого объема ребенка допаивать (5% раствор глюкозы, оралит, регидрон, кипяченая вода, чай и т.д.), при III степени гипотрофии часть жидкости вводится внутривенно (5% раствор глюкозы, энпиты). Прибавлять питание постепенно, одновременно уменьшая количество жидкости. Если применяется искусственная смесь, рекомендуется весь этап проводить на одной смеси.
- *Второй этап* (усиленное питание) занимает 7-21 день в зависимости от степени гипотрофии. Проводится на суточном объеме, рассчитанном на должную массу тела, с применением лечебных смесей. Для восполнения дефицита белка применяется «Роболакт», белковый обезжиренный энпит. Для восполнения жирового компонента можно применять белковый или жировой энпит, сливки. Лечебные смеси назначаются индивидуально, их суточный объем должен составлять не более 1/2 от общего объема пищи. В последнюю очередь ребенку назначается углеводная нагрузка путем введения соков, тертого яблока, фруктового пюре. Увеличение пищевой нагрузки белками, углеводами, жирами проводится под контролем копрограммы каждые 3-4 дня.
- *Третий этап* (оптимальное питание) проводится на должном суточном объеме до выведения ребенка из гипотрофии. Начинается на питании не всегда по возрасту, а по возможностям ребенка. Осторожно вводятся прикормы, корректирующие добавки (в течение 7-10 дней доводится до нормального объема). В качестве первого прикорма рекомендуются молочные каши, а затем через 7-10 дней – овощное пюре (второй прикорм).

2. Контроль массы тела проводится ежедневно, расчет питания не реже одного раза в 7-10 дней, в зависимости от результатов лечения проводится коррекция диетотерапии.

3. Лекарственные препараты:

- Ферментотерапия: абомин, фестал, панзинорм, панкреатин.
- Витаминотерапия.
- Стимулирующая терапия: дибазол, пентоксил, апилак.
- Антибиотики при тяжелой гипотрофии с наслоением бактериальной инфекции.
- Симптоматические средства: препараты железа, фолиевая кислота, седативные препараты и т.д.

4. Прогулки на свежем воздухе при температуре не ниже  $-5^{\circ}\text{C}$  несколько раз в день при отсутствии противопоказаний. Для предотвращения переохлаждения – грелка к ногам.

5. Ежедневные теплые лечебные ванны с  $T^{\circ}$  воды  $38^{\circ}\text{C}$  при отсутствии противопоказаний.

6. Массаж и гимнастика в соответствии с возрастом и состоянием ребенка.

## **Профилактика.**

- Охрана репродуктивного здоровья будущих матерей.
- Своевременное выявление и лечение осложнений беременности и заболеваний будущей матери.
- Рациональное питание беременной женщины, кормящей матери и ребенка.
- Оберегать ребенка от присоединения интеркуррентных заболеваний.
- Обеспечить ребенка адекватным состоянию и возрасту режимом дня и уходом.

## **Диспансерное наблюдение.**

Ребенка наблюдают участковый педиатр, невропатолог, по показаниям – эндокринолог, другие специалисты. Длительность наблюдения в зависимости от степени тяжести гипотрофии и причин ее появления.

# Лечение

**Должно быть комплексным и включать:**

- **коррекцию или устранение этиологического фактора,**
- **диетотерапию,**
- **рациональный режим, тщательный уход,**
- **выявление и лечение очагов инфекции,**
- **выявление и лечение рахита, анемии и других сопутствующих заболеваний.**

# Питание

Назначение питания ребенку, страдающему гипотрофией, а также все изменения в питании должны производиться под контролем расчетов химического состава рациона.

# Питание

По мере нормализации состояния ребенка, стойкого нарастания массы тела, питание рассчитывают по должественствующей массе. В первую очередь корректируют белковый и углеводный состав пищевого рациона и в последнюю очередь — жировой.

# Питание

- **Детей первых месяцев жизни желательно обеспечить грудным молоком (при отсутствии молока у матери — донорским с соответствующей коррекцией).**
- **При искусственном вскармливании преимущество отдают адаптированным молочным («Детолакт», «Малютка» и др.) и кисломолочными (ацидофильная смесь «Малютка», «Бифилин», «Балбобек») смесям.**
- **Для питания детей старше 3 мес рекомендуют кефир, биолакт, «Балдырган» и другие кисломолочные продукты.**
- **Кисломолочные продукты стимулируют выработку пищеварительных соков, уменьшают явления дисбактериоза, легче перевариваются и усваиваются организмом ребенка.**



# Питание

**Прикорм детям с гипотрофией назначают с осторожностью:**

- на фоне положительной динамики массы тела
- при отсутствии острых заболеваний.

**В качестве первого прикорма вводится молочная каша из различных круп, затем через 1—1,5 нед назначают второй прикорм в виде овощного пюре. Все виды прикорма вводят постепенно, начиная с малых доз, и в течение 7—10 дней доводят до необходимого объема.**

# Лечение

## Восстановления нормальной микрофлоры кишечника:

специальные биологически активные добавки к молочным смесям, содержащие естественные защитные факторы: бифи-добактерии (БАД-1Б), лизоцим и бифидумбактерин (БАД-2).

# Лечение

- **Витаминотерапия**
- **Ферментные препараты** (раствор соляной кислоты с пепсином, панкреатин, панзинорм, фестал, абомин и др.).
- Для **стимуляции трофических функций** применяется апилак.
- При **тяжелой гипотрофии**, плохо поддающейся лечению, показана гормональная терапия.
- **Массаж, гимнастика**

# Профилактика

- **рациональное вскармливание,**
- **организацию правильного режима, достаточное пользование свежим воздухом, тщательный уход**
- **физическое воспитание и закаливание**
- **периодический контроль за нарастанием массы тела**
- **проведение расчетов питания и своевременная его коррекция.**

# Паратрофия

**хроническое расстройство  
питания у детей раннего  
возраста, при котором масса тела  
ребенка несколько увеличена.**

# Паратрофия

## причина возникновения

### Избыток углеводов в пище по сравнению с количеством белков:

- у детей, находящихся на смешанном или искусственном вскармливании,
- при неправильной организации прикорма (напр., при замене двух или трех кормлений кашами)
- несоблюдении правил приготовления молочных смесей (избыточное количество сухого порошка смеси "Малыш" или "Малютка" на необходимый объем воды).

Паратрофия отмечается у детей с экссудативно-катаральным диатезом

# Паратрофия

## клиника

- Толщина подкожной клетчатки увеличена, особенно на животе и в области бедер
- Рост ребенка соответствует возрасту.
- Кожа бледная, сухая.
- Тургор тканей и тонус мышц снижен.
- Психомоторное развитие несколько задерживается
- Эмоциональная лабильность, нарушение сна, снижение аппетита.
- Стул неустойчивый, испражнения жидкие с примесью зелени и слизи
- Ребенок часто болеет острыми респираторными вирусными заболеваниями, которые принимают затяжное течение и нередко осложняются отитом, пневмонией.
- При инф. болезнях масса тела быстро уменьшается.

# Лечение

- ограничить пищу, содержащую большое количество углеводов, например, каши заменить овощными блюдами.
- показаны кисломолочные смеси, например "Биолакт".
- витамины С, В1, В2, В6, В15, А
- стимулирующие средства (пентоксил, метацил, дибазол),
- массаж, ЛФК.

**Прогноз, как правило, благоприятный.**



# Профилактика

**контроль за питанием детей, особенно  
находящихся на смешанном и  
искусственном вскармливании.**

# С/п при хронических и острых расстройствах питания

## Проблемы ребенка:

- **Нарушение питания**
- **Нарушение терморегуляции**
- **Расстройство стула**
- **Снижение познавательной деятельности**
- **Снижение иммунитета**
- **Высокий риск присоединения инфекции**
- **Снижение двигательной активности**
- **Отставание психомоторного развития**

# С/п при хронических и острых расстройствах питания

## Сестринское вмешательство:

- Комфортные условия для ребенка (Т воздуха – 22-24 С, проветривание, следить за температурой тела, предупреждать перегревание и переохлаждение)
- Мониторинг состояния ребенка (характер дыхания, ЧСС, АД, термометрия, цвет кожи, регистрировать объем и состав питания, жидкости, измерять массу тела 2 раза в сутки)
- Выбрать правильное полувертикальное положение при кормлении, делать частые перерывы

# С/п при хронических и острых расстройствах питания

- Повысить положительный эмоциональный тонус ребенка (брать на руки, играть, ласково разговаривать)
- Сон на свежем воздухе
- Лечебные ванны (чередовать хвойные, соленые, с настоем пустырника, валерианы) t воды – 37,5
- Щадящий массаж, гимнастика, воздушные ванны

**Спасибо за внимание!**

