

Лекция 5

Сестринский уход при гипотрофии,
функциональных расстройствах
желудочно-кишечного тракта,
стоматите

План

- Причины и факторы риска развития гипотрофии, функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, стоматита.
- Клиника, принципы лечения, профилактика, уход при гипотрофии, функциональных расстройствах желудочно-кишечного тракта, стоматите

Гипотрофия

Гипотрофия (hypo – ниже, trope – питание) – хроническое расстройство питания детей раннего возраста, характеризующееся недостаточным поступлением питательных веществ, нарушением их усвоения, развитием дефицита массы тела, роста и т.д. Час
Среди детей до 3-х лет частота гипотрофий составляет – 10-20%.

Факторы риска развития заболевания:

– Экзогенные:

2. Алиментарные факторы:

- недостаточное питание матери во время беременности;**
- тяжёлые гестозы беременности,**
- нарушения маточно-плацентарного кровообращения плода;**
- внутриутробная инфекция;**
- гипогалактия у матери;**
- несбалансированное питание ребёнка.**

2. Инфекционные факторы:

- инфекционные заболевания желудочно-кишечного тракта;
- инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит;
- различные очаги инфекции.

3. Психосоциальные факторы:

- недостаточное внимание к ребёнку;
- отрицательное эмоциональное воздействие на ребёнка;
- дефекты ухода и питания;
- нарушение режима дня.

- **Эндогенные**

1. **Врождённые пороки развития:**

- пороки развития желудочно-кишечного тракта;
- ВПС;
- незаращение верхней губы, мягкого и твёрдого нёба;
- наследственные аномалии обмена веществ (ферментопатии и т.д.);
- органические поражения ЦНС;
- иммунодефицитные состояния.

Профилактика

- **охрана репродуктивного здоровья будущих матерей;**
- **своевременное выявление и лечение осложнений беременности и заболеваний будущей матери;**
- **рациональное питание беременной женщины, кормящей матери и ребёнка;**
- **профилактика развития интеркуррентных заболеваний у ребёнка;**
- **обеспечить соблюдение (соответственно возрасту) режима дня и соответствующий уход за ребёнком .**

По времени возникновения гипотрофия бывает:

- врождённая;
- приобретённая (постнатальная).

По причинам развития:

- первичная (при недокорме);
- вторичная (как следствие какого-либо заболевания).

По степени тяжести:

- **внутриутробная гипотрофия**

m/p(массо-ростовой коэффициент) = 60-80(N)

I степень – 59-56

II степень – 55-50

III степень - <50

Постнатальная

I степень – 11-20%;

II степень – 21-30%;

III степень - >30%.

Формула расчёта постнатальной гипотрофии:

$$D = \frac{m \text{ (долженствующая)} - m \text{ (фактическая)}}{m \text{ (долженствующую)}} * 100$$

Периоды гипотрофии:

1. Начальный.
2. Прогрессирование процесса.
3. Реконвалесценции.
4. Стабилизация.

Клиника первичной гипотрофии

Клинический признак	1-я степень (лёгкая)	2-я степень (средней тяжести)	3-я степень (тяжёлая) атрофия
Состояние ЦНС	Возбуждение, сменяющееся торможением	Торможение	Резкое торможение, апатия
Аппетит	Повышен или сохранён	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, истончён на конечностях	Отсутствует на животе, груди и конечностях, сохранён на лице	Отсутствует везде, включая лицо

Тургор тканей	Снижен	Значительно снижен	Полностью утрачен
Нарастание массы тела	Замедлено	Значительно замедлено (в массе стоит)	Отсутствует, имеется потеря массы тела
Дефицит массы тела	11-20%	21-30%	Более 30%
Отставание в росте	Не отстаёт	Отстаёт на 1-3 см	Резко отстаёт
Иммунитет (сопротивляемость инфекциям)	Не изменён	Снижен	Резко снижен
Психомоторное развитие	По возрасту	Отстаёт	Резко отстаёт
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). Т тела понижена. Неустойчивый стул (голодный стул). Редкие мочеиспускания, малыми порциями.



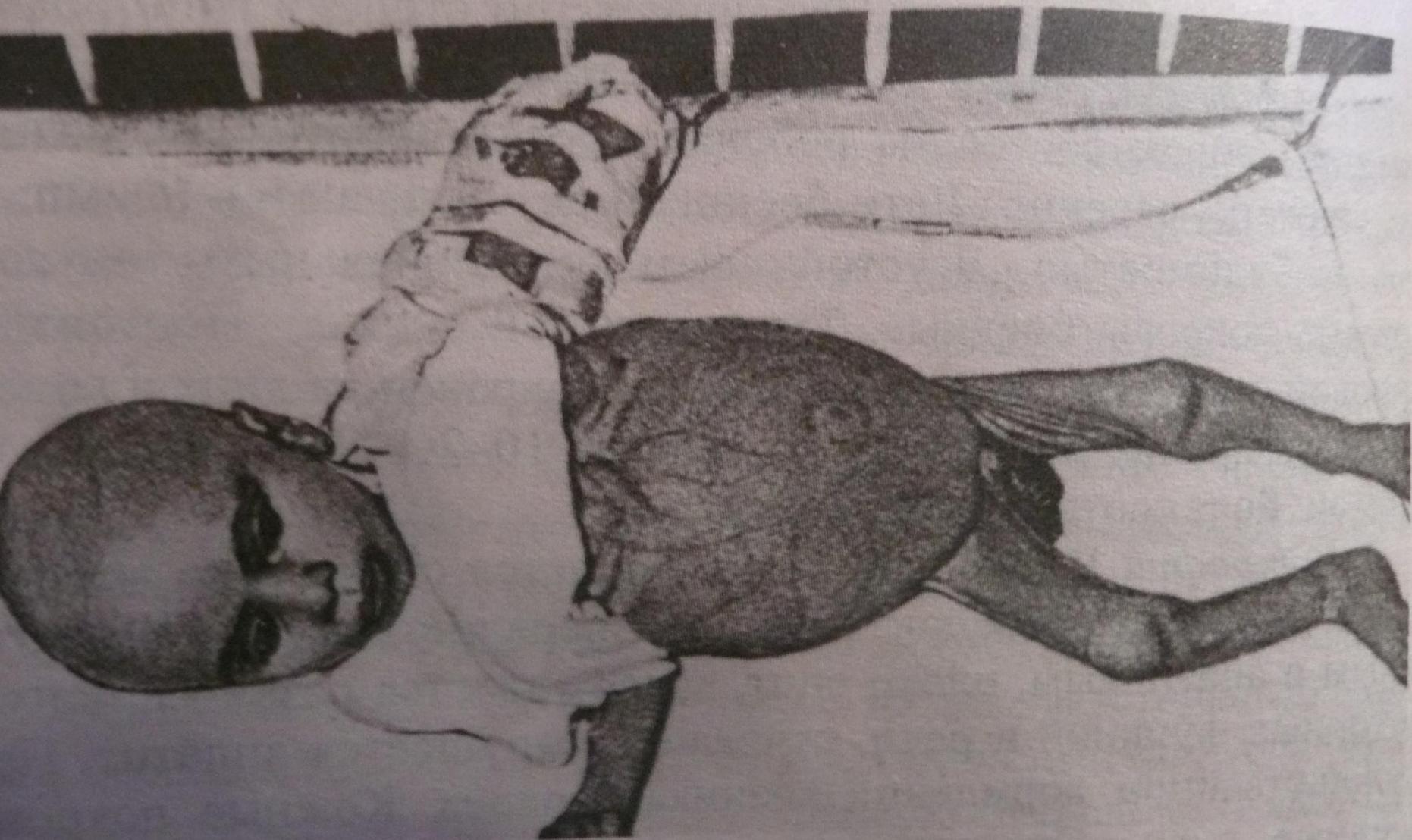


Рис. 41. Внешний вид ребенка с гипотрофией

Осложнения:

- **тяжёлое поражение жизненно важных органов;**
- **присоединение вторичной инфекции с развитием токсических и септических осложнений;**
- **развитие рахита, анемии.**

Основные принципы лечения гипотрофии

- 1. Выяснить причину развития гипотрофии и попытаться её устранить.**
- 2. Ребёнка с гипотрофией I степени можно лечить дома(устраняют причины, расчёт питания - на долженствующий вес).**
- 3. Дети с II-III степенями гипотрофии подлежат обязательной госпитализации.**
- 4. Организация лечебно-охранительного режима с учётом физического, нервно-психического состояния ребёнка, а не календарного возраста ребёнка.**

- 4. При госпитализации ребёнка необходимо поместить**
- в отдельный бокс (профилактика внутрибольничной инфекции),**
 - обеспечить частое проветривание, кварцевание, ношение масок медицинским персоналом, поддержание температуры воздуха 24-27С (для исключения возможности перегревания или переохлаждения ребёнка),**
 - дети с в/у гипотрофией III степени помещаются в кювез и ведутся как недоношенные дети.**

5. Проведение диетотерапии. Питание должно быть адекватно сниженным ферментативным способностям ребёнка. Диетотерапия проводится в четыре этапа:

- I этап – разгрузки (изучение толерантности к пище).

V-3/4, 2/3 или 1/2 от нормы.

Недостаточный объём пищи восполняется жидкостями (овощными или фруктовыми отварами, соками, чаем и т.п.)

- **II этап – минимальной нагрузки
(адаптационный период).**

**При гипотрофии 2 степени - является 1
этапом (увеличивается кратность кормлений и
уменьшается разовый объём питания)**

**II степень- б:у рассчитываются– на кг т
(долженствующей), а жиры - на кг т
(фактической);**

**III степень- б:у = т при бл.долженствующую
(фактическая +20%);
ж – т (фактическая)**

- **III этап – оптимальное питание
(период репарации)**

**б: ж: у – рассчитываются на
долженствующий вес ребёнка.**

**Коррекция белков проводится за счёт –
творога, желтка, мяса. Ребёнок
получает**

«Энпиты» - белковый, обезжиренный;

**у – сахарный сироп, фруктовое пюре,
соки;**

**ж – растительное и сливочное масло,
«Энпит» жировой**

- **IV этап – питание, соответствующее возрасту (прикормы – молочная каша, пюре) –**

период усиленного питания.

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

7. Лекарственные препараты:

- ферментотерапия: абомин, фестал, панзинорм, панкреатин;**
- комплексная витаминотерапия;**
- стимулирующая терапия: дибазол, пентоксил, апилак;**
- нестероидные гормоны: нерабол, ретаболил, метандростеналон**
- антибиотики при тяжёлой форме гипотрофии в случае присоединения бактериальной инфекции;**
- симптоматические средства: препараты железа, фолиевая кислота, седативные препараты и т.д.**

- 8. Прогулки на свежем воздухе при температуре не ниже – 5С несколько раз в день (при отсутствии противопоказаний). Для предотвращения переохлаждения – грелка к ногам.**
- 9. Ежедневные тёплые лечебные ванны с температурой воды 38С (при отсутствии противопоказаний).**
- 10. Массаж и гимнастика в соответствии с возрастом и состоянием ребёнка.**

Сестринский процесс при гипотрофии

Возможные проблемы пациента:

- нарушение питания(из-за гипогалактии, порока развития, рвоты, снижения аппетита и т.д.);
- чувство холода из-за нарушения терморегуляции;
- риск развития опрелостей из-за расстройства стула;
- снижение познавательной деятельности;
- снижение иммунитета;-

- **высокий риск присоединения вторичной инфекции;**
- **дефицит общения;**
- **психоэмоциональная лабильность;**
- **снижение двигательной активности;**
- **отставание в психомоторном развитии;**
- **отставание в физическом развитии.**

Возможные проблемы родителей:

- **недостаточное внимание к ребёнку, его отторжение;**
- **отрицательное эмоциональное воздействие на ребёнка;**
- **дефекты ухода, нарушение режима вскармливания в связи с отсутствием навыков;**
- **дефицит знаний о заболевании, его причинах, клинических проявлениях, возможном прогнозе;-**

- **беспокойство по поводу внешнего вида ребёнка;**
- **страх за ребёнка, неуверенность в благополучном исходе заболевания;**
- **чувство вины перед ребёнком.**

Сестринские вмешательства

1. Помочь родителям увидеть перспективу выздоровления ребёнка, восполнить их дефицит знаний о причинах развития гипотрофии, клинических проявлениях, основных принципах коррекции питания и лечения, прогнозе и мерах профилактики.
2. Убедить родителей в необходимости создания комфортных условий для ребёнка: температура воздуха – 24 С, регулярное проветривание и т.д.

3. **При наличии у ребёнка гипотрофии II-III степени настроить родителей на необходимость проведения лечения в стационаре.**
4. **Быть активным членом мультидисциплинарной команды, строго выполнять все предписания и назначения врача. Привлекать родителей к осуществлению ухода за ребёнком.**
5. **Проводить мониторинг состояния ребёнка: оценивать характер дыхания, проводить измерение ЧД, ЧСС, АД, термометрию, следить за цветом кожных покровов, динамикой массы тела, регистрировать объём и состав получаемой жидкости, питания, вести учёт выделений, оценивать характер стула и т.д.**

- 6. Соблюдать технику выполнения всех манипуляций (профилактика внутрибольничной инфекции).**
- 7. Обеспечить адекватное питание ребёнка (по назначению врача, который ежедневно проводит расчёт потребляемой ребёнком пищи) и соблюдать технику кормления ребёнка в зависимости от его состояния и степени тяжести гипотрофии.**
- 8. Выбирать правильное положение ребёнка при кормлении, делать частые перерывы.**

- Поощрять игровую деятельность ребёнка, разговаривать с ним ласково.
 - Чаще брать ребёнка на руки, менять положение, поддерживать телесный контакт для профилактики пневмонии и формирования положительного эмоционального тонуса.
 - Удлинить физиологический сон (лучше проводить его на воздухе в защищённом от ветра месте или с открытой форточкой).
- 11.** Ежедневно проводить лечебные ванны (чередовать хвойные, солёные, с настоем валерианы или пустырника), щадящий массаж, гимнастику, прогулки на свежем воздухе.

- 10. Удлинить физиологический сон (лучше проводить его на воздухе в защищённом от ветра месте или с открытой форточкой).**

- 11. Ежедневно проводить лечебные ванны (чередовать хвойные, солёные, с настоем валерианы или пустырника), щадящий массаж, гимнастику, прогулки на свежем воздухе.
Научить родителей контролировать уровень психомоторного развития ребёнка.**

- 13. Рекомендовать родителям своевременно проводить профилактику интеркуррентных заболеваний, избегать контактов с больными детьми и взрослыми, проводить закаливающие мероприятия, иммунокорригирующую терапию.-**

14. **Убедить родителей в необходимости динамического наблюдения за ребёнком врачом-педиатром, невропатологом, эндокринологом и другими специалистами по показаниям.**

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

Функциональные расстройства у новорожденных и младенцев

Младенческие срыгивания

Младенческий синдром руминации

Синдром циклической рвоты

Младенческие колики

Функциональная диарея

Младенческая диспепсия

Функциональный запор

Функциональные расстройства у детей и подростков

Рвота и аэрофагия

Синдром руминации

Синдром циклической рвоты

Аэрофагия

Абдоминальная боль, связанная с функциональными гастродуоденальными расстройствами

Функциональная диспепсия

Синдром раздраженной кишки

Абдоминальная мигрень

Детская функциональная абдоминальная боль

Синдром детской функциональной абдоминальной боли

Запор и недержание кала

Функциональный запор

Недержание кала

- **Детские и младенческие гастроинтестинальные функциональные расстройства** включают разнообразные сочетания, часто зависящие от возраста, постоянных или рецидивирующих симптомов, которые не удается объяснить наличием структурных или биохимических отклонений.
- Функциональные расстройства детского возраста иногда **встречаются у нормально развивающихся детей** (например, младенческие срыгивания) или являются **результатом неадекватного поведенческого ответа на внешние или внутренние стимулы** (например, функциональный запор или задержка кала – ответ на болезненную дефекацию).

Особенности функциональных расстройств младенческого и детского возраста:

- **зависимость от родителей (их порога беспокойства, опыта, восприятия болезни, эмоционального состояния);**
- **необходимость четкой дифференциации между болезнью и здоровьем.**

Младенческие срыгивания (регургитация)

- **Срыгивание** – это непроизвольный возврат проглоченной пищи в рот с или без вытеканием ее изо рта.
Срыгивания – обычное явление у нормальных детей первых месяцев жизни.
- **Рвота** – это обусловленный ЦНС рефлекс, при котором желудочное/кишечное содержимое с силой выталкивается через рот с вовлечением гладких и скелетных мышц за счет скоординированного движения 12-перстной кишки, желудка, пищевода и

- **Желудочно-пищеводный рефлюкс** – ретроградный заброс желудочного содержимого в пищевод и/или рот, приводящий или способствующий повреждению тканей или воспалению
- При наличии эзофагита, обструктивных апноэ, реактивных изменений дыхательных путей, легочной аспирации, затруднений при кормлении и глотании, нарушений общего состояния и развития диагностируется **гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь**

Критерии диагностики:

- **Наличие всех ниже перечисленных признаков у здорового ребенка 3 недель - 12 месяцев:**
 - 1) **срыгивания (вытекание пищи изо рта или из носа) 2 или более раз в день в течение 3 и более недель;**
 - 2) **отсутствие рвоты, примеси крови в рвотных массах, аспирации, апноэ, нарушений общего состояния, затруднений при кормлении и глотании или неправильного положения во время и/или после кормления**

Клинические особенности

- Срыгивания более 1 раза в день встречаются у 67 % здоровых детей в возрасте 4 месяцев
- С возрастом частота срыгиваний уменьшается: 24 % в возрасте 6 месяцев и 5 % в возрасте 10-12 месяцев
- Срыгивания обычно беспокоят родителей

Синдром циклической рвоты

- Синдром циклической рвоты (CVS) характеризуется повторяющимися стереотипными эпизодами интенсивной тошноты и рвоты, длящимися от нескольких часов до нескольких дней, чередующимися с периодами полного благополучия продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев.

Клиническая характеристика приступа

- Тошнота, рвота
- Бледность
- Слабость
- Усиленное слюноотечение
- Боли в животе
- Повышенная чувствительность к шуму, свету, запахам
- Головная боль
- Послабление стула
- Лихорадка
- Тахикардия, артериальная гипертензия
- Мраморесценция кожи
- Лейкоцитоз
- 80% идентифицируют провоцирующие факторы приступа

Младенческие колики

- Термин «колика» обозначает боль в животе, вызванную наличием обструкции в мочевых, желчевыводящих путях или кишечнике
- **Младенческая колика** – это поведенческий синдром раннего детского возраста, включающий длительный необъяснимый безутешный крик.

- **Младенческая колика** – это приступы раздражительного крика продолжительностью более 3 часов в день, наблюдающиеся не реже 3 раз в неделю
- Нет никаких доказательств того, что младенческие колики вызваны болью в животе или какой-то другой части тела
- Хотя крик может быть обусловлен воспалением у детей с непереносимостью белков коровьего молока, по определению, младенческая колика не связана с каким-то

Младенческие колики

- Приступы плача начинаются внезапно, без видимой причины, чаще во второй половине дня
- Приступы крика имеют тенденцию разрешаться спонтанно после 3-4 месяцев жизни
- В среднем, пик плача приходится на возраст 6 недель, постепенно уменьшаясь к 12 неделям
- Колики, вероятно, представляют собой верхний конец «нормальной кривой» плача здоровых младенцев
- Колика, скорее, является чем-то, что младенцы делают, а не состоянием, которое они имеют

Критерии диагностики

- 1. Приступы раздражительности, беспокойства или крика, начинающиеся и оканчивающиеся без видимой причины**
- 2. Эпизоды длятся 3 и более часов в день, повторяются 3 и более раз в неделю на протяжении не менее 1 недели**
- 3. Отсутствие отклонений в состоянии**

Помощь при коликах

- Ношение на руках и ритмичное раскачивание
- Поездка на автомобиле
- Поддержка родителей
- Любые меры, которые родители находят эффективными, приветствуются, если они безопасны
- Аналгетики и смена питания НЕ показаны
- При подозрении на непереносимость коровьего молока – при ГВ исключение молочных продуктов из рациона матери, при ИВ перевод ребенка на смеси на основе гидролизатов белка (оценка эффективности через 48 часов)
- При подозрении на эзофагит – кислотоподавляющие средства (оценка эффективности через 48 часов)

Расстройства дефекации

- Частота стула у здоровых младенцев и детей уменьшается с возрастом
- У детей, вскармливаемых грудью, частота дефекаций может составлять от 12 раз в сутки до 1 раза в 3-4 дня (недели)
- Выделение твердого кала может встречаться с первых дней жизни у детей на искусственном вскармливании. Эти дети могут испытывать болезненную дефекацию и предрасположены к функциональному запору

- В среднем наблюдается снижение частоты стула с 4 раз в день в первую неделю жизни до 1-2 раз в день к возрасту 4 лет
- 97 % детей в возрасте 1-4 лет имеют частоту стула от 3 раз в день до 1 раза в 2 дня
- Приобретение навыка контроля над дефекацией и мочеиспусканием не может быть ускорено путем ранних высаживаний
- Инициатива ребенка – надежный индикатор готовности оставаться сухим и чистым
- Большинство детей достигают частичного добровольного контроля над дефекацией к 18 месяцам, возраст полного контроля различный.
- 98 % детей 4 лет приучены к туалету
- Проблемы с дефекацией составляют до 25 % обращений к детским гастроэнтерологам

Функциональная диарея

- Под **функциональной диареей** понимают стул 3 и более раз за сутки, безболезненный, неоформленным калом, на протяжении 4 и более недель с началом в раннем или дошкольном возрасте
- Функциональная диарея не является проявлением нарушений в состоянии здоровья при условии адекватной по калоражу диеты
- Ребенка никак не беспокоит частый стул
- Признак спонтанно разрешается к школьному возрасту

Критерии диагностики

- 1. Ежедневный безболезненный стул 3 и более раз, кал неоформленный**
- 2. Длительность симптомов не менее 4 недель**
- 3. Появление симптомов в возрасте от 6 до 36 месяцев**
- 4. Дефекация отмечается вскоре после пробуждения**
- 5. Нет никаких отклонений в состоянии, если потребление энергии адекватное**

Клиническая оценка

- **Следует подозревать недавно перенесенные кишечные инфекции, прием слабительных, антибиотиков или изменения в диете при частом наличии слизи и/или видимых непереваренных остатков пищи**
- **Тщательный расспрос может выявить такие нарушения в рационе как перекармливание, чрезмерное употребление в пищу фруктовых соков или сорбитола, избыточное потребление углеводов при недостатке жиров, а также пищевую аллергию**
- **При отсутствии нарушений в развитии синдром мальабсорбции маловероятен**

Лечение

- **Оптимизация диеты ,
недопустимость ограничительных
диет**
- **Разъяснение ситуации родителям**
- **Ведение дневника дефекаций для
выявления продуктов,
способствующих (или нет) учащению
стула**

Младенческая дишезия

- **Дишезия** – это напряжение, плач с покраснением лица и видимым усилением, продолжающиеся в течение некоторого времени (10-20 минут) перед отхождением мягкого или жидкого кала.
- Стул ежедневный по несколько раз в день
- Признаки могут появляться с первых недель жизни и проходят через несколько недель спонтанно
- **Дишезия** – результат неудачных попыток младенца скоординировать повышение внутрибрюшного давления с расслаблением тазовых мышц. Крик способствует еще больше повышению внутрибрюшного

Критерии диагностики

- **Наличие обоих признаков у младенцев младше 6 месяцев:**
 1. **По крайней мере 10 минут напряжения и крика перед успешным отхождением мягкого кала**
 2. **Никаких других проблем со здоровьем**

Тактика

- **Координация повышения внутрибрюшного давления с расслаблением мышц тазового дна, необходимая для успешной дефекации, может произойти случайно, и ребенок научится управлять этим процессом**
- **Важно объяснить родителям, что ребенок должен сам научиться расслаблять мышцы таза и они должны поощрять процесс познания собственной физиологии ребенком**
- **Рекомендуется избегать ректального возбуждения**
- **Слабительные не показаны**

Функциональный запор

- **Запоры являются причиной 3% обращений за амбулаторной помощью**
- **У 40 % детей с функциональными запорами симптомы появляются на 1-м году жизни**
- **Среди детей в возрасте 22 месяцев запоры выявлены в 16 % случаев**

Критерии диагностики

- **Наличие по крайней мере 2 признаков на протяжении 1 месяца и более у детей до 4 лет:**
 - 1. Стул 2 или менее раз в неделю**
 - 2. По крайней мере 1 эпизод недержания кала в неделю у ребенка, приобретшего навыки туалета**
 - 3. Жалобы на длительную задержку стула**
 - 4. Жалобы на болезненные и затрудненные дефекации**
 - 5. Наличие большого количества фекальных масс в прямой кишке**
 - 6. Жалобы на выделение каловых масс большого диаметра, затрудняющих дефекацию**

- **Функциональный запор – диагноз, который устанавливается на основании расспроса и физикального обследования**
- **Никакие дополнительные исследования не являются ни желательными, ни необходимыми**
- **К функциональному запору, как правило, приводит одна из 3 ситуаций:**
 - **появление твердого кала у ребенка при переводе на искусственное вскармливание или введении в рацион твердой пищи**
 - **в процессе приучения к горшку дети находят дефекацию болезненной**
 - **школьники стараются избегать дефекаций в течение учебного дня**

Критерии диагностики

- **Сопровождающие признаки:**
 - ✓ **Раздражительность**
 - ✓ **Снижение аппетита и/или раннее насыщение**
- **Сопровождающие признаки проходят после отхождения обильного стула**

- **Недержание кала** может происходить у детей, накапливающих фекальные массы. Недержание – объективный маркер для контроля лечения
- Болезненная дефекация – основная причина, побуждающая ребенка задерживать стул
- Особенность функционального запора – скопление фекальных масс в прямой кишке, которое может быть выявлено при физикальном исследовании или после дефекации

- Дети с функциональным запором часто стоят на пальцах ног, «подпирают» мебель, стоят на выпрямленных напряженных ногах, прячутся в углу.
- Недержание кала может быть принято некоторыми родителями за диарею
- Физикальное обследование включает выявление значительных размеров ректальных фекальных масс (выше края малого таза) путем бимануальной пальпации.
- Проведение ректального исследования желательно после установления хороших взаимоотношений с ребенком и семьей
- Частые сопутствующие нарушения со стороны мочевого тракта
- Более низкое качество жизни и заниженная самооценка

Тактика

- **Первый шаг – беседа с семьей, разъяснение сути проблемы и путей ее решения**
- **Следует объяснить, что запор – это одна из наиболее распространенных проблем, она не опасна и может разрешиться самостоятельно**
- **Избегать принудительного туалета**
- **С целью размягчения фекальных масс – ежедневные нестимулирующие слабительные: лактулоза, минеральные масла, полиэтиленгликоль, магнезия**

Рвота и аэрофагия

Синдром руминации у подростков

- **В раннем возрасте наиболее часто встречается у мальчиков, в подростковом – среди девочек**

Лечение

- При отсутствии нарушений питания – психотерапия и педагогическая коррекция
- Применение трициклических антидепрессантов сопровождалось некоторым эффектом
- При существенных нарушениях питания – постпилорические способы введения пищи (через назоэюнальный или гастроеюнальный катетер)

Аэрофагия

- **Аэрофагия** – ощущение распирания в эпигастрии, возникающее в результате заглатывания воздуха и уменьшающееся после отрыжки
- Диагностирована у 1,3% детей, находившихся в гастроэнтерологических клиниках
- Встречается у 8,8 % умственно отсталых детей

Критерии диагностики

- Наличие по крайней мере 2 признаков из перечисленных:
 1. Заглатывание воздуха
 2. Вздутие живота из-за скопления воздуха в кишечнике
 3. Повторяющаяся отрыжка или повышенное отхождение газов из кишечника
- Симптомы наблюдаются по крайней мере 1 раз в неделю на протяжении 2 месяцев

Лечение

- **Разъяснение родителям и ребенку сути проблемы**
- **Рекомендации:**
 - **Есть медленно**
 - **Отказ от жевательных резинок и газированных напитков**
- **Психотерапия**

Абдоминальная боль, связанная с функциональными расстройствами

- **Симптомы «тревоги»:**
- Постоянная боль в правом верхнем или правом нижнем квадранте живота
- Боль, которая заставляет ребенка просыпаться ночью
- Дисфагия
- Артрит
- Персистирующая рвота
- Периректальные заболевания
- Кровь в испражнениях или рвотных массах
- Необъяснимая потеря веса
- Ночная диарея
- Замедление линейного роста
- Наличие в семейном анамнезе воспалительных заболеваний кишечника, целиакии, язвенной болезни
- Задержка полового развития
- Необъяснимая лихорадка

Диагностические критерии

Наличие **всего** из приведенного ниже:

1. Постоянная или рецидивирующая боль или дискомфорт в эпигастрии
2. Боль не уменьшается после дефекации и не сопровождается изменением частоты и характера стула
3. Отсутствуют свидетельства воспалительных, анатомических, метаболических, неопластических изменений, которые могли бы объяснить наличие симптомов диспепсии
 - Симптомы наблюдаются по крайней мере **1 раз в неделю** на протяжении по крайней мере **2 месяцев**

Лечение

- **Исключение приема нестероидных противовоспалительных препаратов и продуктов, обладающих раздражающим действием (кофеин, пряная и жирная пища)**
- **Антисекреторные препараты при преобладании болевого синдрома и прокинетика при преобладании дискомфорта в эпигастрии**
- **Коррекция сопутствующих психологических расстройств**

Синдром раздраженного кишечника

- **В западных странах был диагностирован среди 6 % детей средней школы и среди 14% учащихся высших школ**
- **Среди пациентов гастроэнтерологических клиник встречается у 22-45% детей в возрасте 4-18 лет**

Критерии диагностики

1. Боль или дискомфорт в животе, связанные с **2 или более** признаками в течение по крайней мере 25% времени:
 - a. Уменьшаются или проходят после дефекации
 - b. Начало симптомов ассоциируется с изменением частоты стула
 - c. Начало симптомов ассоциируется с изменением характера стула
2. Отсутствуют свидетельства воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических изменений, объясняющих наличие симптомов
 - Симптомы наблюдаются по крайней мере **1**

Признаки, совокупность которых подтверждает диагноз

- 1) **Ненормальная частота стула (4 или более раза в день и 2 или менее раз в неделю)**
- 2) **Изменения характера испражнений (плотные или водянистые)**
- 3) **Нарушения характера дефекации (напряжение, императивные позывы, чувство неполного опорожнения)**
- 4) **Выделение слизи**
- 5) **Вздутие живота**

Методы исследования

- **Развернутый анализ крови**
- **Общий анализ мочи и посев на стерильность**
- **Выявление паразитов и/или их яиц в кале, посевы кала**
- **Анализ кала на скрытую кровь**
- **Тесты на переносимость лактозы**
- **УЗИ и рентгенография органов брюшной полости**
- **Эндоскопические методы**

Лечение

- **Разъяснение сути расстройства**
- **Симптоматическая терапия запоров, диареи, болевого синдрома**
- **Психотерапевтическая коррекция**

Абдоминальная Мигрень

- **Абдоминальная мигрень, синдром циклической рвоты и головная боль по типу мигрени представляют собой одно и то же расстройство, проявляющее себя в различных вариантах**
- **Абдоминальная мигрень встречается у 1-4% детей, чаще девочек (3:2)**
- **Среди пациентов гастроэнтерологических клиник встречается в 2,2-5 % случаев**

Критерии диагностики

- Наличие **всего** из перечисленного:
 1. Приступы острой интенсивной параумбиликальной боли, длящиеся 1 час и более
 2. Периоды нормального самочувствия продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев
 3. Боль нарушает нормальную жизнедеятельность
 4. Боль ассоциируется с **2 или более** признаками:
 - Анорексия
 - Тошнота
 - Рвота
 - Головная боль
 - Фотофобия
 - Бледность
 5. Отсутствуют свидетельства воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических изменений, объясняющих наличие симптомов
- Симптомы наблюдались **2 и более раз** в течение предшествующих **12 месяцев**

Клинические особенности

- Приступы длятся от нескольких часов до нескольких дней, нарушая нормальную активность и деятельность ребенка
- Необходимо исключение обструкции мочевых путей, кишечника и билиарного тракта, семейной средиземноморской лихорадки, порфирии
- Наличие эффекта от применения антимигренозных препаратов подтверждает диагноз

Лечение

- **Устранение провоцирующих факторов:**
 - Кофеин-, нитрит- и аминосодержащие продукты
 - Эмоциональное возбуждение
 - Путешествия
 - Длительное голодание
 - Изменение режима сна
 - Мерцание, яркие огни
- **При частых эпизодах – профилактическая терапия (пропранолол, ципрогептадин, суматриптан)**

Запор и недержание кала

Функциональный запор

- 3 %-5 % в структуре обращений за амбулаторной помощью, до 25 % - в педиатрической гастроэнтерологии
- Положительный семейный анамнез в 28 %-50 % случаев
- Более частая встречаемость у однояйцевых близнецов, чем у dizиготных
- Пик проявлений – в период приобретения навыков туалета (между 2 и 4 годами)
- Чаще встречается у мальчиков

Преходящее недержание кала

- Наличие *всего из* перечисленного у ребенка **старше 4 лет:**
 1. Дефекация в места, несоответствующие социальному контексту по крайней мере 1 раз в месяц
 2. Отсутствие свидетельств воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических изменений, которые объясняли бы наличие симптомов
 3. Отсутствие доказательств задержки стула
 - Симптомы наблюдаются в течение по крайней мере **2 месяцев**

Клиническая оценка

- Исключение функционального запора
- Эпизоды недержания отмечаются только днем
- Фекальные массы в прямой кишке не обнаруживаются
- Высокая частота расстройств поведения

ЛЕЧЕНИЕ

- Обучение, необличительный подход, поощрения за достижения
- Психологическая поддержка

Стоматит

Стоматит – это общее название для различных заболеваний слизистой оболочки полости рта, чаще всего связанных с воспалением слизистой оболочки полости рта, вызванным теми или иными причинами.

Местные проявления катарального стоматита

слизистая оболочка рта становится отечной, болезненной, гиперемированной, она может быть покрыта белым или желтым налетом.

Стоматит



По характеру заболевания и месту его локализации выделяются следующие виды стоматита:

- язвенный стоматит
- афтозный стоматит
- катаральный стоматит
- аллергический стоматит
- инфекционный стоматит
- протезный стоматит
- стоматит языка
- стоматит десны
- детский стоматит
- Герпетический стоматит



Причины стоматита

Катаральный стоматит

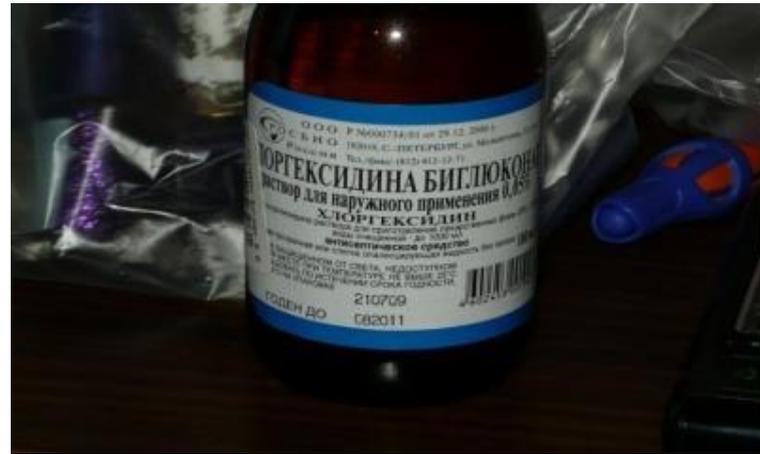
- Причиной его возникновения считают местные факторы: несоблюдение гигиены полости рта, болезни зубов, зубные отложения, дисбактериоз полости рта. Заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как гастрит, дуоденит, колит, также могут быть причиной катарального стоматита. Причиной катарального стоматита может быть глистная инвазия.

Клиника катарального стоматита

- Отмечается гиперсаливация (повышенное выделение слюны). Может отмечаться кровоточивость десен, появляться дурной запах из рта.



Как лечат катаральный стоматит?



- Лечение сводится к устранению местных причин - удалению зубного камня, лечению болезней зубов. Слизистую оболочку обрабатывают антисептическими полосканиями - 0,05% и 0,1% раствором хлоргексидина.

Местное лечение катарального стоматита

- прополаскивать теплым раствором отвара ромашки, календулы. Необходима щадящая диета. При таком лечении явления стоматита проходят через 5-10 дней.



Что такое язвенный стоматит?

- **Язвенный стоматит** - более тяжелое заболевание, чем катаральный, он может развиваться как самостоятельно, так и быть запущенной формой катарального.



Что вызывает язвенный стоматит?

- Чаще всего это заболевание развивается у больных, страдающих язвенной болезнью желудка или хроническим энтеритом. Также оно часто возникает у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и крови, при инфекционных заболеваниях и отравлениях.

Отличие язвенного стоматита от катарального.



- В отличие от катарального стоматита, поражающего только поверхностный слой слизистой оболочки, при язвенном стоматите поражается вся толщина слизистой.

Клиника язвенного стоматита.

- повышение температуры до 37,5 С, слабость, головная боль, увеличение и болезненность лимфатических узлов. Прием пищи сопровождается сильными болевыми ощущениями.



Лечение язвенного стоматита



- При лечении используют антисептики (перекись водорода, фурациллин, марганцовка и т.д.), обезболивающие препараты.
- Кортикостероиды(преднизалон 20-40 мг/сут.
- Местное лечение: триамцинолона ацетонид(0,1% адгезивная паста).

Причины детского стоматита

- Детский стоматит связан чаще всего с занесением в рот инфекции вместе с посторонними предметами. По существу детский стоматит принципиально ничем не отличается от взрослого.



Грибковый стоматит

- Чаще всего это заболевание возникает в периоде новорожденности.
- Возбудителем является грибок.



Грибковый стоматит

- Симптомы: на слизистой оболочке полости рта появляются творожистые налёты, который не снимаются шпателем, при тяжёлых формах налёты обильные, сплошные, в углах рта появляются маленькие ранки ("заеды"). В лёгких случаях состояние ребёнка не нарушено. Продолжительность грибкового стоматита обычно составляет от 1 недели до 1 месяца.

Лечение грибкового стоматита.



- Лечение: очаги поражения можно смазать 20 % раствором буры с глицерином, 2 % содовым раствором (обязательно всегда свежеприготовленный, примерно 2 чайные ложки на полстакана кипячёной воды).
- противогрибковые препараты.

Профилактика грибкового стоматита.

- тщательно обрабатывать все соски и бутылочки и не позволяйте малышу брать в рот грязные игрушки.



Аллергический стоматит

- **Аллергический стоматит** – воспаление слизистой оболочки полости рта, обусловленное аллергией.

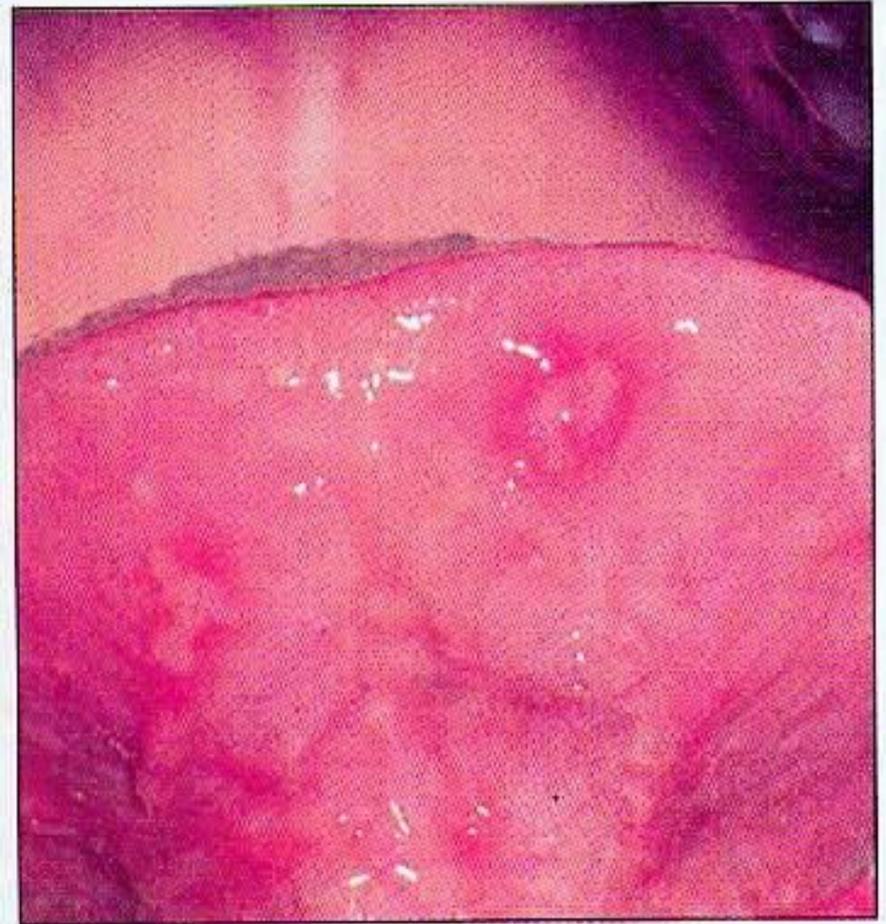


Лечение аллергического стоматита

- устранение причины, вызвавшей заболевание. При легкой форме течения стоматита достаточно назначения антигистаминных препаратов. При более тяжелой форме течения прибегают к внутривенному введению кортикостероидов. При положительных кожных пробах проводят специфическую десенсибилизацию.
- Местно- ротовые ванночки 5%-м раствором аминокaproновой кислоты, мази , содержащие кортикостероиды, кератопластические средства.

Острый герпетический стоматит

- Острое контагиозное инфекционное заболевание вызванное вирусом простого герпеса.
- Чаще болеют дети от 6 мес.до 3 лет.



Герпетический стоматит.



Клиника.



- Подъём температуры до 37-41С
- Слизистая полости рта гиперемирована, отёчна.
- Мелкие пузырьки
- Эрозии округло-овальной формы до 1-5мм в диаметре, покрыты фибринозным налётом желтовато-серого цвета с ярким гиперемированным ободком.
- Боль в полости рта при еде и разговоре ,зуд, жжение в полости рта.



лечение

- Общее лечение:
- Противовирусные препараты (Ацикловир 500мг/сут. в 4 приёма детям до 2 лет, 200 мг 5 раз в сутки детям старше 2 лет и взрослым.
- Антигистаминные
- Анальгезирующие и жаропонижающие ср.(парацетамол по 0,1-0,15 г. 2-3 раза в сутки)
- Витамины
- Диета(жидкая, протёртая пища)
- Обильное питьё.



лечение

- иммунокорректирующий препарат, включение в комплексную схему терапии иммуномодулирующих препаратов.

Имудон. состоящий из лиофилизированных микробных лизатов. Одна таблетка содержит 1,5 млрд. Микроорганизмов. Имудон предназначен для проведения специфической противомикробной и противовоспалительной иммунотерапии заболеваний полости рта .



Клиническая эффективность имудона при лечении детей с острым герпетическим стоматитом

Диагноз	Средние сроки выздоровления детей в зависимости от вида лекарственного препарата (в среднем в днях)			
заболевания	0,5 мазь теброфена 1 группа	интерферон раствор 2 группа	0,5 мазь теброфена + +имудон 3 группа	Интерферон ++имудон 4 группа
легкая форма ОГС	5,1+0,5	4,8+0,4	4,0+0,4	3,5+0,3
средне-тяжелая форма ОГС	6,8+0,6	6,1+0,3	5,4+0,3	4,9+0,4

Местное лечение

- Противовирусные мази (бонафтон, теброфен, флореналь, оксолин)
- Физиотерапия
- 3-5 % анестезиновой эмульсии, антисептики:
- (фурацилин 0,02%)
- Эпителизирующие сред.(масляный р-р вит.А
- Противовоспалительные средства(аппликации Холисала).



Местное лечение



- После приёма пищи, обработка полости рта тампоном со раствором слабым антисептиком или отвара трав (шалфей, ромашка).
- Ферментные препараты (1-2% р-р. Химотрипсина).



Афтозный стоматит

- - характеризуется появлением единичных или множественных афт на слизистой оболочке полости рта. Афты бывают овальной или округлой формы, размером не более чечевичного зерна, с четкими границами в виде узкой красной каймы и серовато-желтым налетом в центре.

Что вызывает афтозный стоматит?

- Причинами возникновения этого варианта стоматита считаются заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергические реакции, вирусные инфекции, ревматизм, иммунодефицитные состояния, ВИЧ, анемия, язвенный колит, дизентерия.

Αφτα



Как протекает афтозный стоматит?

Заболевание начинается с общего недомогания, повышения температуры тела, появления болевых ощущений во рту на месте образования афт.



Лечение афтозного стоматита.

Местное лечение.

- Аппликацион. анестезия(2%р-р Бумекаина)
- Промывать полость рта слаб. антисептиками.
- Растворы ферментов
- Эпителизирующие средства(масло шиповника).
- Стимуляция местного иммунитета (аппликат. растворами лизоцима, табл. Имудон)

Лечение афтозного стоматита

- Эффективна гирудотерапия (обладает болеутоляющим свойством, способствует быстрой эпителизации афт и стимулирует местный иммунитет).
- Физиотерапия: фонофарез гепарина, УФО.



Общее лечение афтозного стоматита.

- Витаминотерапия
- Иммунокорректоры (Гистаглобулин 1,0-2,0 мл подкожно в область предплечья через день, курс 10 инъекций).



Народные средства лечения стоматита.

- Зверобой обыкновенный
- Горец змеиный
- Ромашка аптечная
- Паслен черный

2 ст. ложки
3 ст. ложки
3 ст. ложки
2 ст. ложки На 1000 г кипятка взять 3 столовые ложки сбора. Принимать по 30 г 4 раза в день. Одновременно полоскать рот через каждые 4 часа. Применяют при стоматите.
Примечание. При отсутствии одной из лекарственных трав можно заменить шалфеем лекарственным



Вегетирующий пиостоматит.

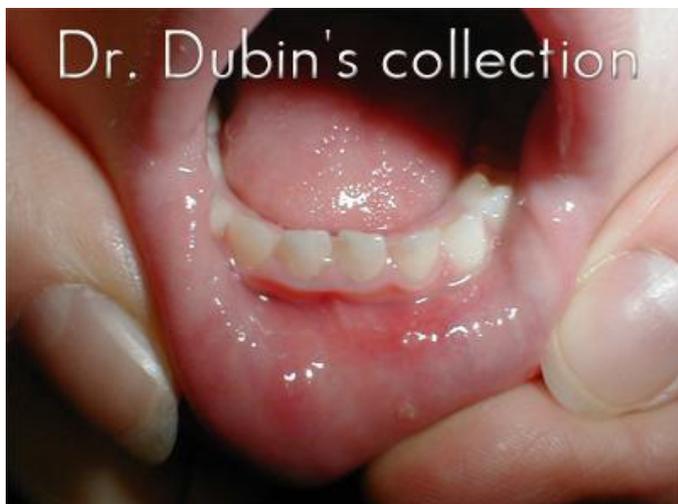
- Пиогенное заболевание развивающееся у ослабленных лиц(чаще детей)с выраженной иммунной недостаточностью.



Клиника.

- Повышение температуры тела до 38-39С
- Симптомы общей интоксикации
- Регионарный лимфаденит
- На воспалённой слизистой полости рта эрозии неправильной формы, покрытые серо-жёлтым гнойно-фибринозным налётом с элементами вегетации по периферии.

Энтеровирусный везикулярный стоматит.(вирусная пузырчатка полости рта и конечностей).



- Острое эндемическое вирусное заболевание.
- Возбудитель: типы 16,5 и 10 вируса Коксаки.



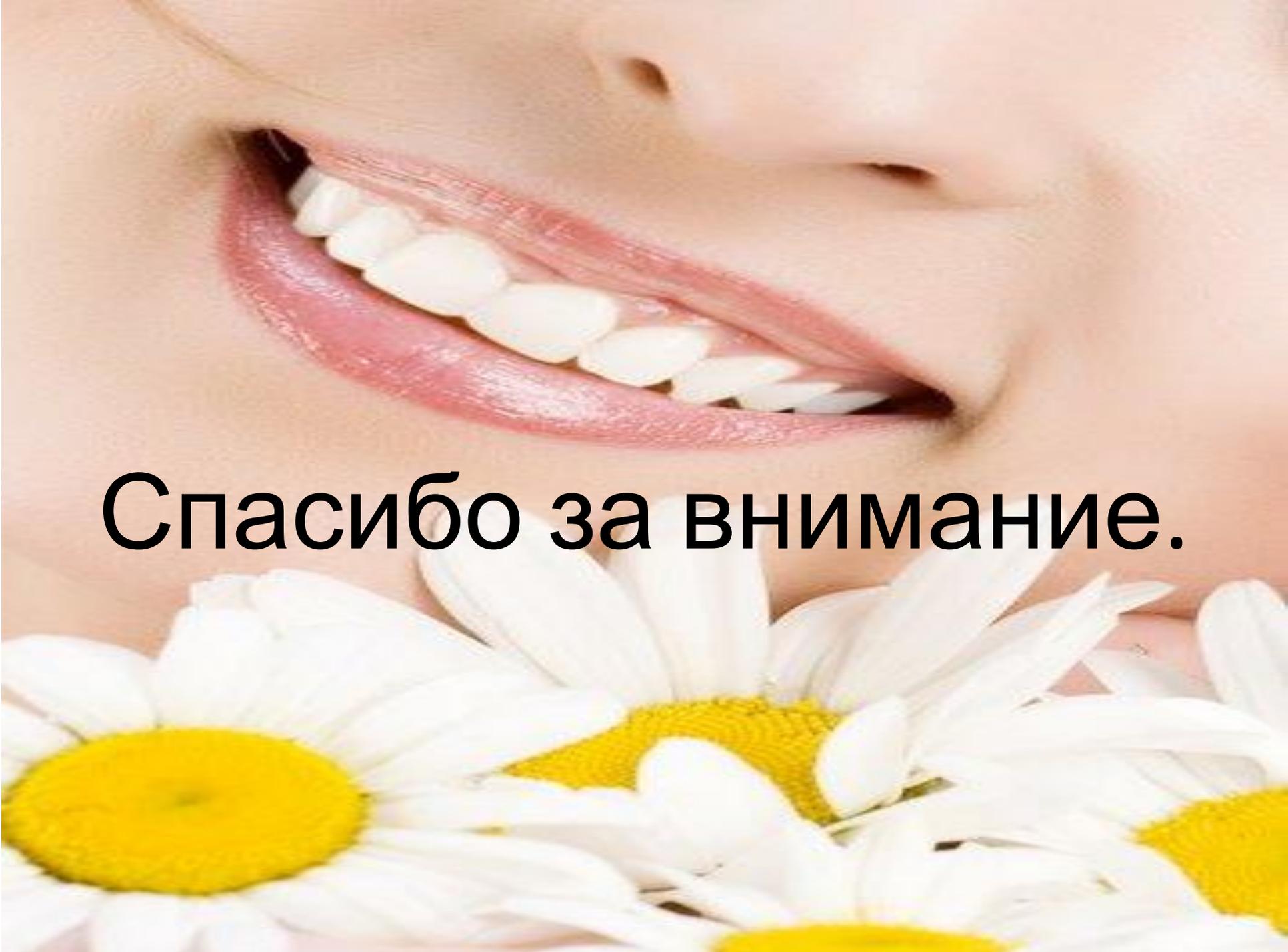
Клиника.

- Мелкие везикулы, которые вскрываются с образованием неглубоких язв, окружённых красным пояском.
- Субфебрильная температура 2-3 дня, недомогание.

Лечение.

- Симптоматическое.
- Дети должны находиться на постельном режиме в течение 3-4 дней
- Щадящая диета
- Заболевание проходит самостоятельно.



A close-up photograph of a person's smiling mouth, showing white teeth and pink lips. The background is a soft, out-of-focus skin tone. At the bottom of the image, there are several white daisies with yellow centers, partially overlapping the bottom edge of the mouth.

Спасибо за внимание.