



Челябинский областной
центр дополнительного
профессионального образования
специалистов здравоохранения

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЁННЫХ.

**Никонова Олеся Николаевна
Преподаватель клинических дисциплин**

г. Челябинск, 2020г.

Пороки развития органов пищеварения

Дефекты полости рта

- Заячья губа, или щель верхней губы, – один из частых врожденных дефектов полости рта. В одних случаях выражен только кожный рубец, в других – щель доходит до носа. Кроме того, щель губы может быть с обеих сторон.
- Это наиболее распространенный врожденный порок полости рта. Речь идет о расщелине верхней губы. Заболевание носит семейный характер, передается по наследству доминантно. В среднем на 1000 новорожденных приходится один случай с таким врожденным пороком. Часто сочетается с расщелиной мягкого и твердого неба. Односторонняя расщелина губы встречается в три раза чаще, чем двухсторонняя. Величина расщелины может быть незначительной, а иногда она распространяется на всю верхнюю губу и достигает носа. При тяжелых формах может быть причиной функциональных нарушений при кормлении.
- Лечение - хирургическое. При удовлетворительном общем состоянии ребенка оперативное лечение лучше проводить после третьего месяца. Пластику при «заячьей губе» производят в грудном возрасте. В связи с тем что пластическое восстановление неба возможно в возрасте 4-6 лет, для обеспечения глотания временно используют специальные

Пороки развития органов пищеварения



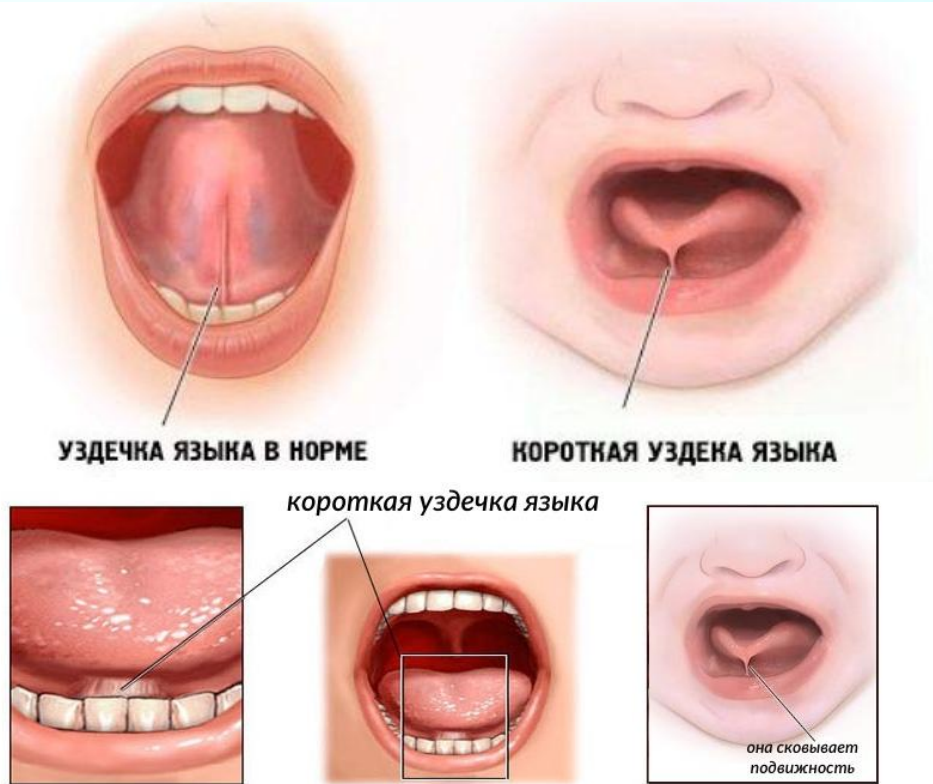
Дефекты полости рта

- Небная щель (волчья пасть) может быть только на мягком небе и язычке или захватывать и твердое небо, распространяясь до зубных отростков верхней челюсти. Иногда сочетается с заячьей губой. В отличие от заячьей губы расщелина при этом пороке развития располагается по средней линии. Она может распространяться только на язычок, только на мягкое небо или и на твердое небо, достигая верхних зубных отростков и губы.
- При тяжелых формах у большинства детей кормление грудью затрудняется, они голодают, не прибавляют в весе, развивается гипотрофия. Во время кормления существует опасность аспирации молока и других жидкостей, что может вызвать приступы асфиксии и развитие аспирационной пневмонии. Сопровождающие такие пороки ринофарингиты, отиты, бронхиты и аспирационные пневмонии плохо отражаются на общем развитии детей. Позднее расщелины неба мешают правильному формированию речи.
- Лечение - хирургическое. Наиболее благоприятным периодом для оперативного лечения расщелин мягкого и твердого неба является конец второго года (перед формированием речи).

Дефекты полости рта



Короткая уздечка языка



Уздечка языка: 3 степени аномалии



Лёгкая

Средняя

Тяжёлая

- Наблюдается сравнительно часто. Короткая уздечка не мешает нормальному развитию речи. В оперативном лечении нет необходимости. Надрезание может осложниться кровоизлиянием и инфекцией.
- Оперативное вмешательство необходимо только в тех случаях, когда одновременно существует и гипоплазия языка и ребенок не может захватывать хорошо развитый сосок матери. Обычно такая аномалия сопровождается и другими врожденными пороками ротовой полости.

Врожденные зубы

- Врожденные зубы – при рождении имеются нижние хорошо развитые резцы или соответствующие им хрящевые образования. Врожденные зубы являются редкостью. Они быстро выпадают. Если такие зубы причиняют матери сильные боли при кормлении, их следует своевременно удалить, но не ранее второй недели из-за опасности кровотечений.
- Если существует другой зубной зачаток, такие зубы легко выпадают и могут быть аспирированы. Обязательно надо проверить нормальные ли эти молочные зубы или дополнительные. Если существуют сомнения, прибегают к рентгенографии.

Кисты слюнных протоков и слюнных желез

Киста в слюнной железе



- Кисты слюнных протоков и слюнных желез
- Эти кисты появляются в результате отсутствия наружного отверстия выводного протока слюнной железы или если он непроходим из-за наличия слюнного камня. Как правило, это кисты подчелюстных и подъязычных слюнных желез.
- Кисты бывают различной величины и похожи на прозрачные пузыри.
- Лечение хирургическое, но не в неонатальном периоде.
- Ranula - ретенционная киста подъязычной слюнной железы по ходу выводного протока. Она часто затрудняет акт сосания и поэтому необходима операция.

Аномалии развития глотки

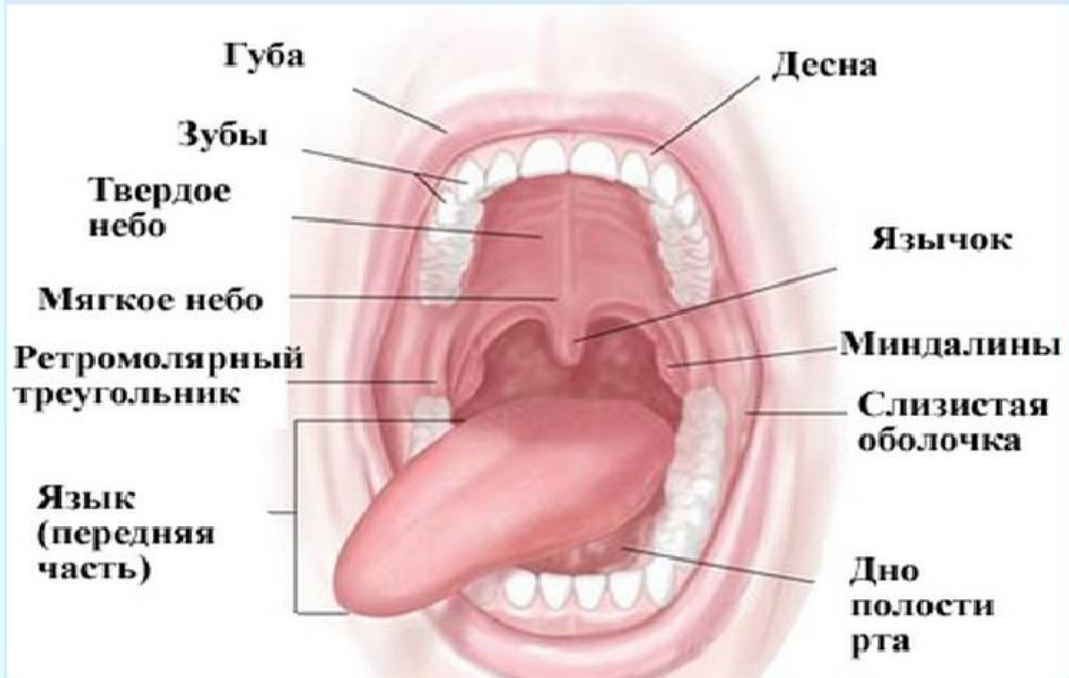
- Срединные и боковые свищи (кисты) шеи.
- При нагноении кисты формируются срединные свищи шеи, которые также тесно связаны с надкостницей подъязычной кости, иногда слепо в ней заканчиваются или направляются к слепому отверстию языка. Боковые кисты локализуются у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, имеют округлую форму, мягкоэластическую консистенцию. Большие кисты могут затруднить глотание и ограничить подвижность гортани.
- При удалении срединной кисты шеи или иссечении свища выполняют резекцию тела подъязычной кости. Иссечению бокового свища шеи предшествует удаление небной миндалины на стороне поражения.



Аномалии развития мягкого нёба и язычка

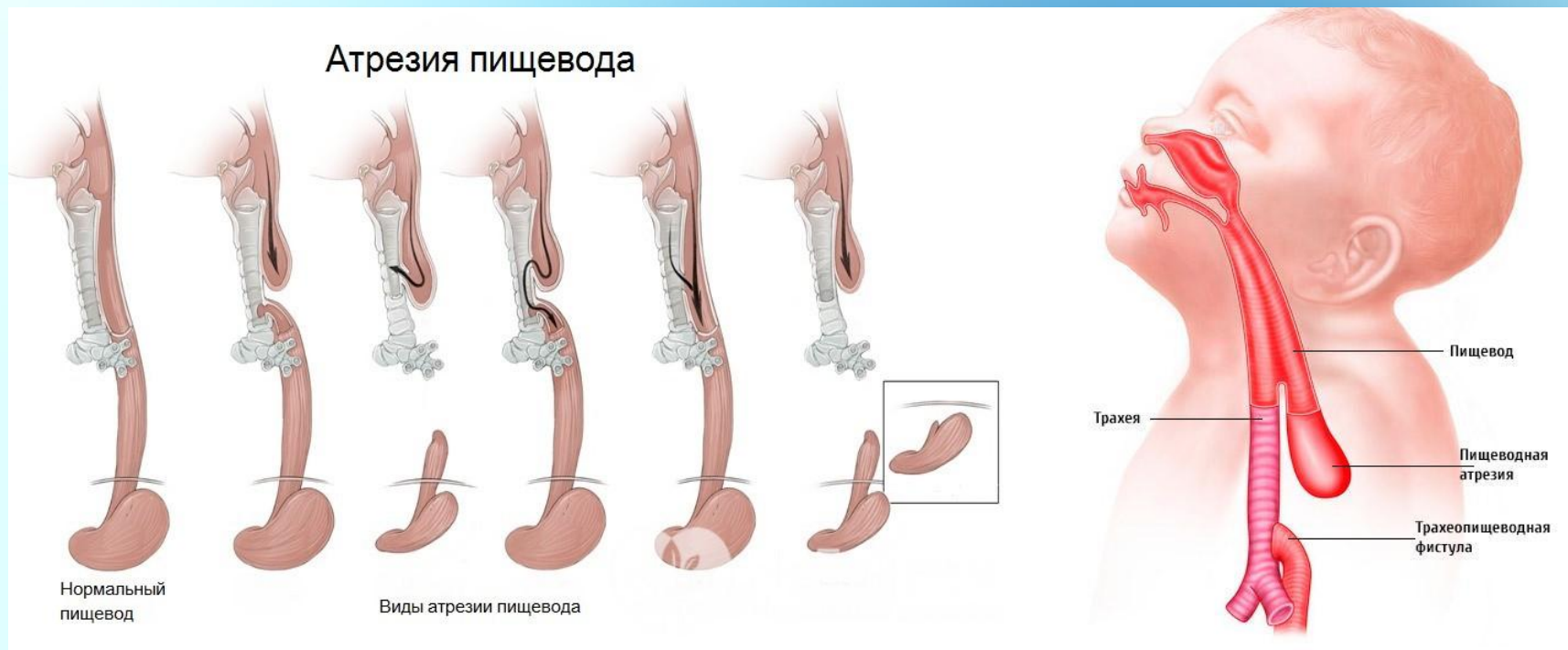
- Аномалии развития глотки встречаются в виде расщепления, укорочения или отсутствия мягкого неба и язычка; эти дефекты нередко сочетаются с врожденными расщелинами твердого неба. В качестве редких аномалий наблюдаются дефекты небных дужек миндалин.

Ротовая полость



Атрезия пищевода

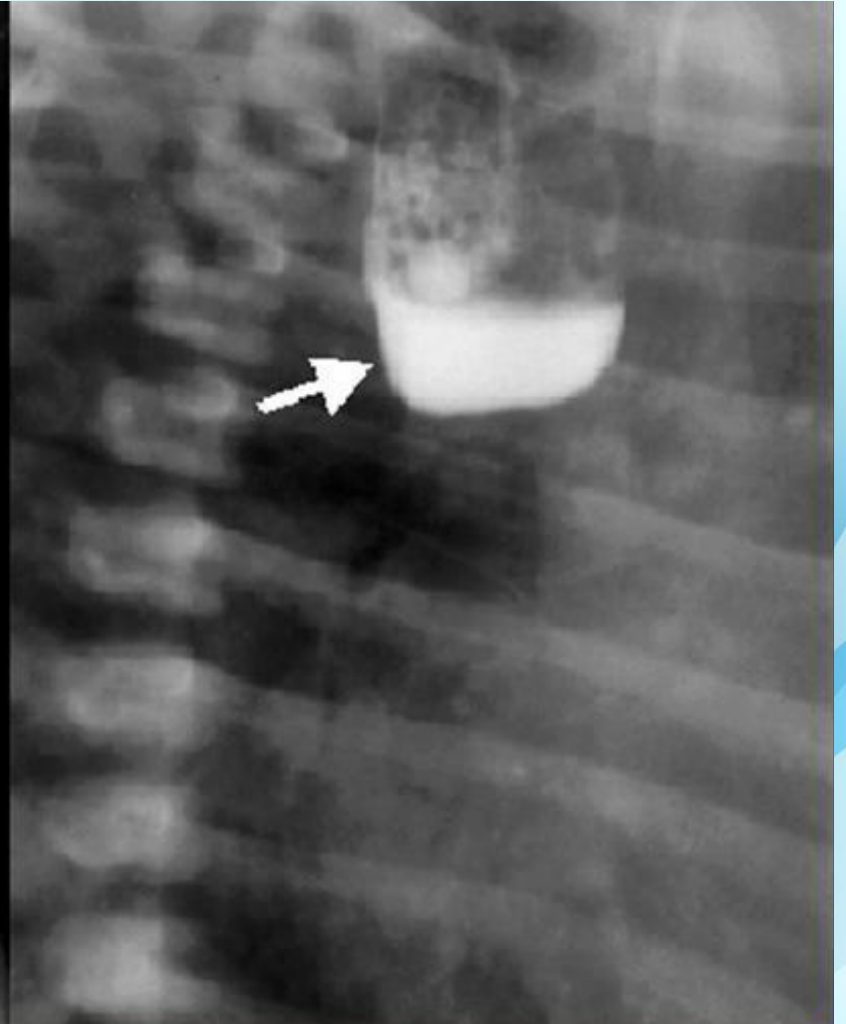
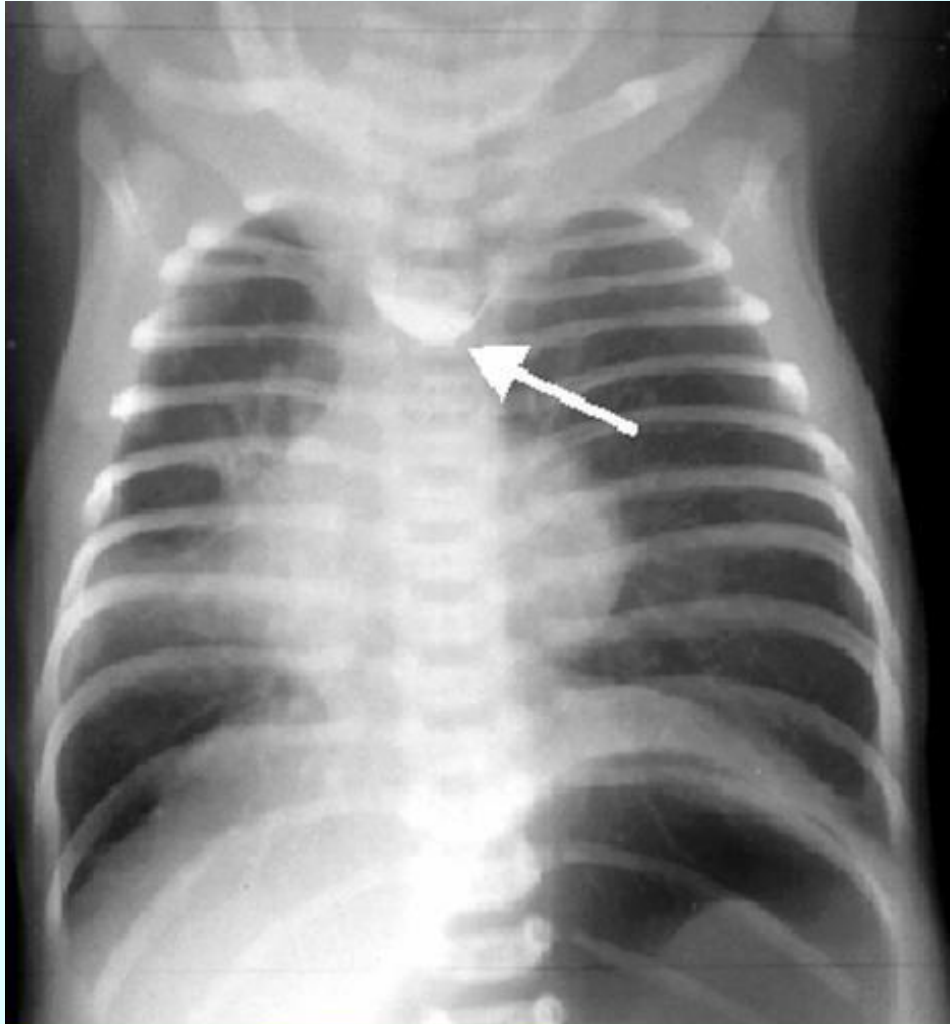
- Представляет собой врожденный порок развития, характеризующийся заращением пищевода. Он формируется на ранних стадиях эмбрионального развития. При несоответствии направления и скорости роста трахеи и пищевода возможно развитие атрезии с трахеопищеводным свищом. Наиболее частым анатомическим вариантом порока является атрезия верхнего сегмента пищевода в сочетании с образованием трахеопищеводного свища. Порок может развиваться и без свища.



Атрезия пищевода

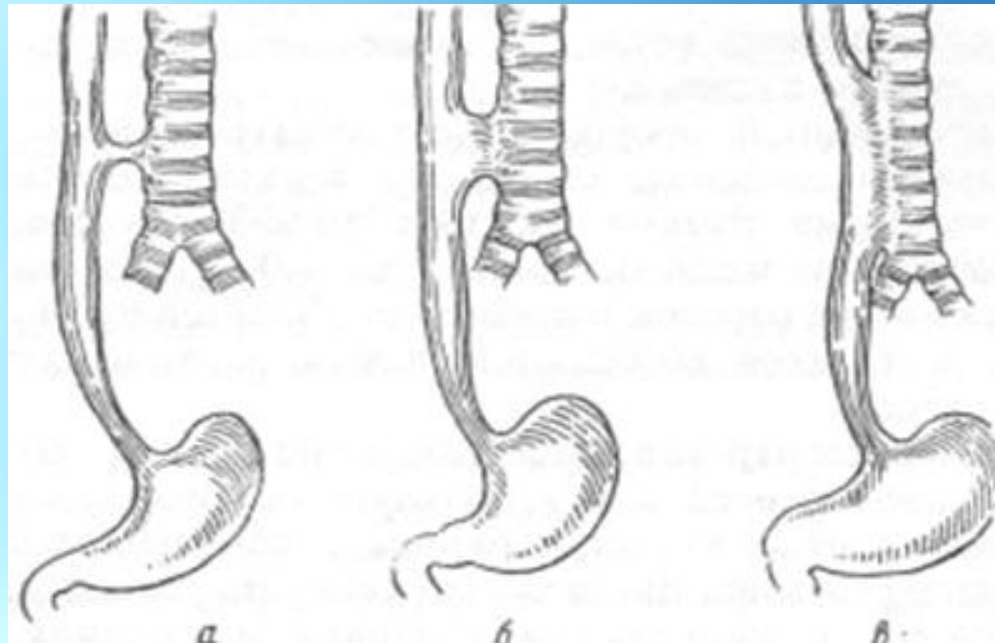
- Клиническая картина характеризуется ложным увеличением слюноотделения. Отмечаются упорные пенистые выделения изо рта, носа и глотки еще до кормления. Развивается синюшность вследствие затруднения воздушной проходимости носа и глотки, появляется одышка в результате попадания слюны, молока и других жидкостей в дыхательную систему. При кормлении ребенка пища тут же выливается, а при наличии трахеопищеводного свища происходит аспирация дыхательных путей и попадание воздуха в желудок. Для уточнения диагноза проводят зондирование пищевода эластичным катетером. Информативно рентгенологическое исследование.
- Лечение. Лечение атрезии пищевода требует немедленной хирургической помощи. До операции необходимо каждые 30 мин проводить отсасывание слюны через катетер, положение ребенка должно быть возвышенное для предотвращения аспирации.

Атрезия пищевода



Трахеопищеводная фистула

- Верхний и нижний карманы пищевода связаны с трахеей широким общим соустьем или каждый из карманов соединяется с трахеей отдельной фистулой. У таких больных имеется газ в желудке.
- Самый частый вариант – проксимальный отдел пищевода слепой, средний отдел представляет собой фиброзно-мышечный плотный тяж, а нижний связан фистулой с трахеей. На рентгенограммах видны газ и горизонтальный уровень жидкости в проксимальном отделе, а также газ в желудке и кишечнике. Иногда удается определить сам свищ как узкую светлую полоску между трахеей и пищеводом.



Удвоение пищевода

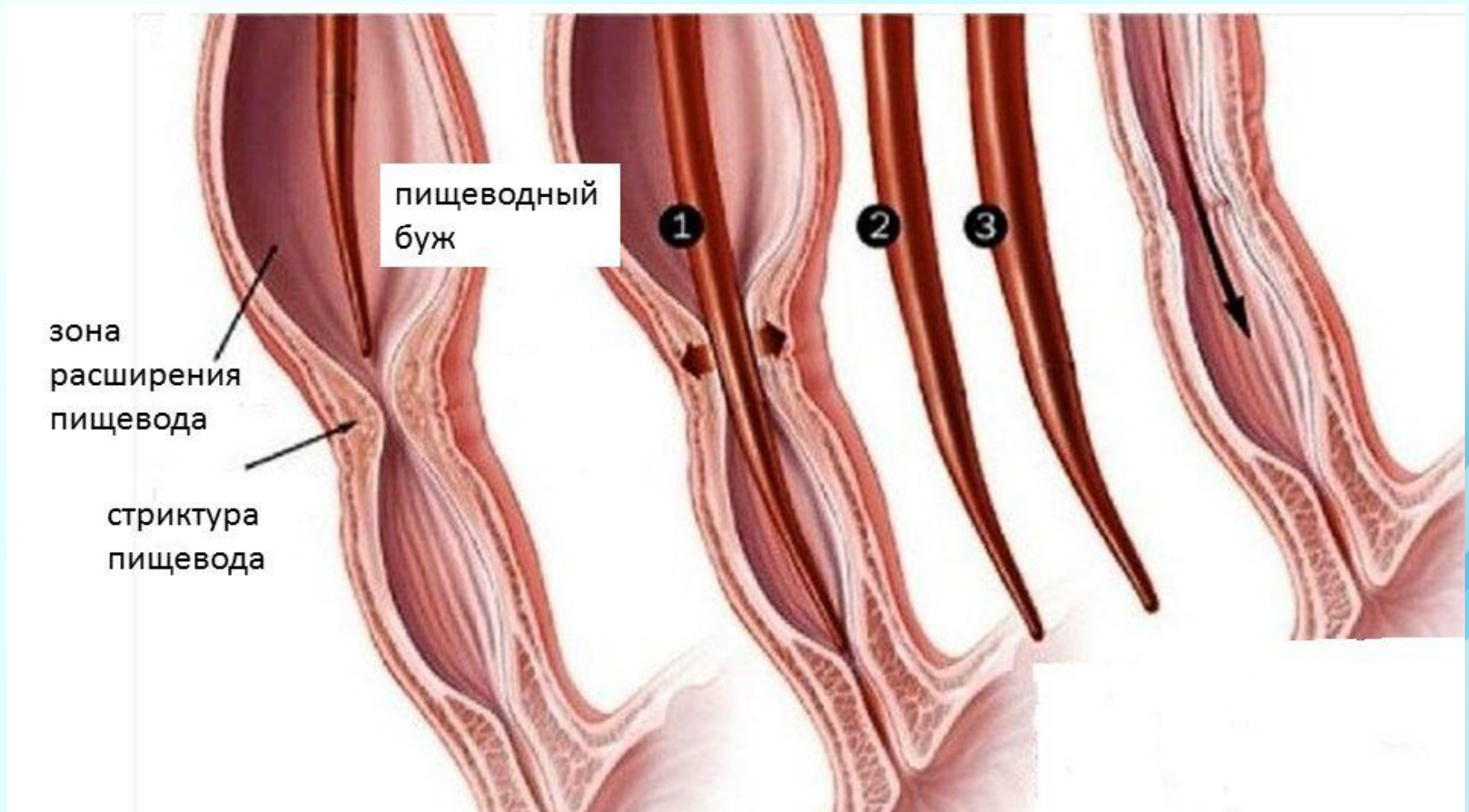
- Удвоение пищевода. Оно может быть полным или частичным. Легко распознаются полное удвоение, удвоение верхнего, среднего или нижнего отделов пищевода (последнее сочетается с удвоением желудка).
- Некоторые затруднения могут возникнуть, если добавочный пищевод заканчивается слепо и небольших размеров, т. е. имеется врождённый дивертикул. Основной пищевод при этом опорожняется нормально, хотя иногда деформирован и несколько сужен, тогда как в добавочной полости контрастная масса задерживается.



Другие пороки развития пищевода

- Врожденные сужения. Они встречаются часто. К ним относятся короткие стенозы длиной 1—2 см преимущественно в местах физиологических сужений, сужения длиной до 5—10 см (сегментарные стенозы) и перепончатые стенозы, при которых в пищеводе имеется узкая мембрана, в той или иной степени уменьшающая его просвет.
 - Ведущим признаком, позволяющим заподозрить стеноз пищевода, служит расстройство функции глотания – дисфагия.
 - Врач-рентгенолог определяет локализацию, протяженность и степень стеноза, а также величину супрастенотического расширения.
 - Лечение – хирургическое.
-
- Почти у 50 % больных с пороками развития пищевода наблюдаются аномалии других органов, в частности сердца и сосудов. Это помогает в диагностике и вместе с тем не должно быть упущено при анализе рентгенограмм. После хирургического вмешательства по поводу аномалии выполняют контрольное рентгенологическое исследование.

Другие пороки развития пищевода



Врожденные аномалии желудка и двенадцатиперстной кишки

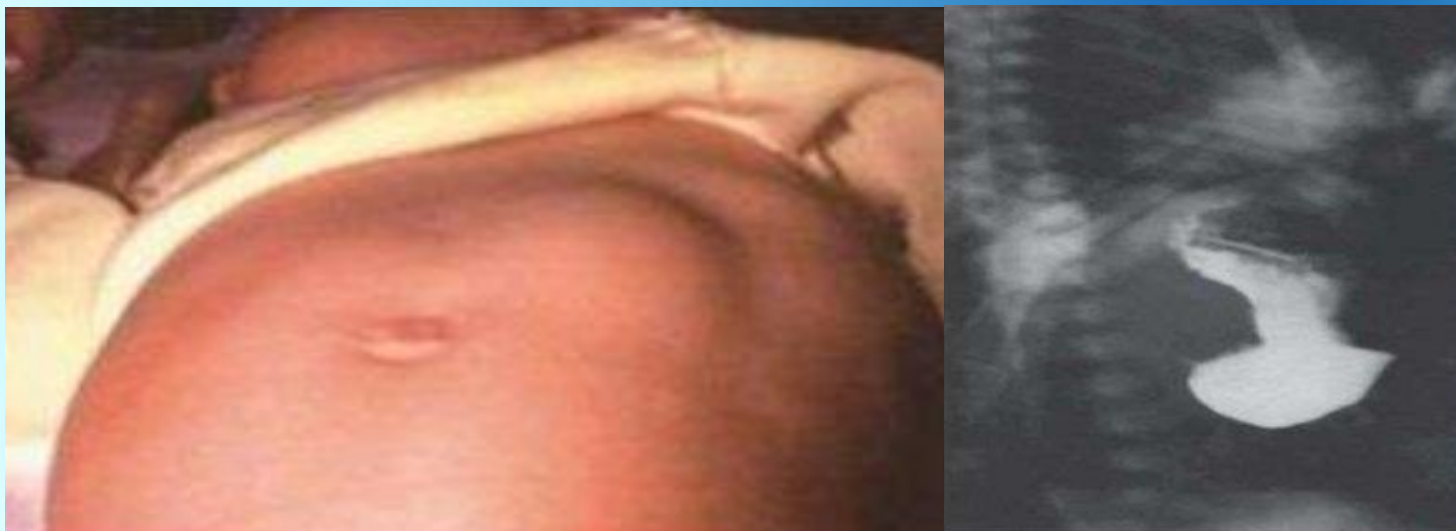
- Гипертрофия привратника или пилоростеноз.
- При этом заболевании привратник гипертрофируется, имеет вид плотного опухолевидного образования белесоватого цвета и хрящевинной консистенции. У мальчиков пилоростеноз встречается в 3 раза чаще, чем у девочек.
- Клиническая картина заболевания уже к концу второй недели жизни становится весьма выраженной. Одним из первых симптомов является рвота. Вначале она бывает периодическая, затем приобретает более постоянный характер, рвоте предшествует обычно обильное срыгивание. Отмечается обезвоживание, олигурия, запор. Масса тела не увеличивается или даже уменьшается, развивается гипотрофия. Кожа становится сухой, собирается в складки. Стул и мочеотделение скудные.

Врожденные аномалии желудка и двенадцатиперстной кишки



Диагностика пилоростеноза

- При осмотре живота в эпигастральной области определяются вздутие и усиленная, видимая на глаз сегментирующая перистальтика желудка - симптом песочных часов.
- В 50-85% случаев под краем печени удается пальпировать привратник, который имеет вид плотной опухоли сливообразной формы.
- При осмотре можно отметить, что нижний отдел живота находится в спавшем состоянии, а в эпигастральной области несколько вздут. Там же через брюшную стенку периодически определяется перистальтика желудка в виде характерных «песочных часов».
- Лечение хирургическое. При выраженности клинических проявлений выполняют внеслизистую пилоромиотомию или пилоропластику.

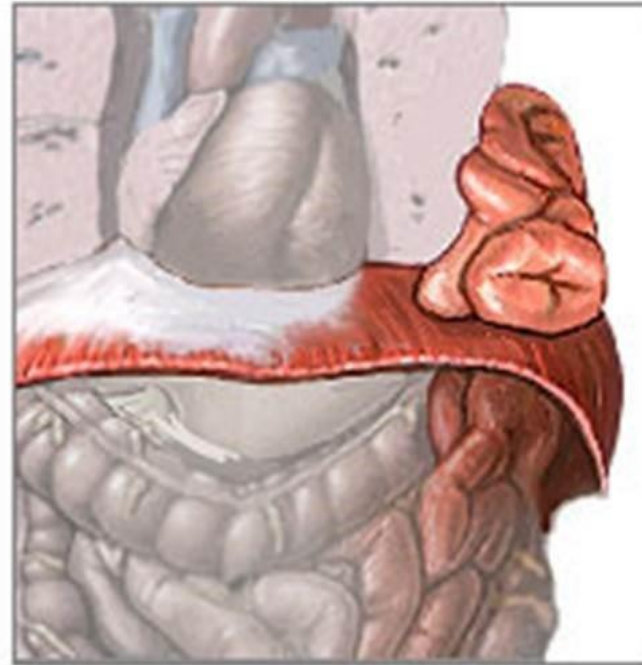


Дефекты брюшной стенки

Диафрагмальные грыжи – открытая связь между грудной и брюшной полостью.

- Клиническая картина зависит от величины грыжи. Всегда проявляется синдромом дыхательной недостаточности. Наблюдаются одышка, синюшность. Органы брюшной полости перемещаются в грудную полость. Характерны звонкие звуки кишечной перистальтики в грудной полости, живот впалый. Кишечник может ущемляться в грыжевом отверстии, и создается картина кишечной непроходимости. Может быть смещение сердца и крупных сосудов.
- Диагностика в типичных случаях возможна при клиническом обследовании, но решающее значение имеет рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полости.
- Лечение хирургическое.

Дефекты брюшной стенки



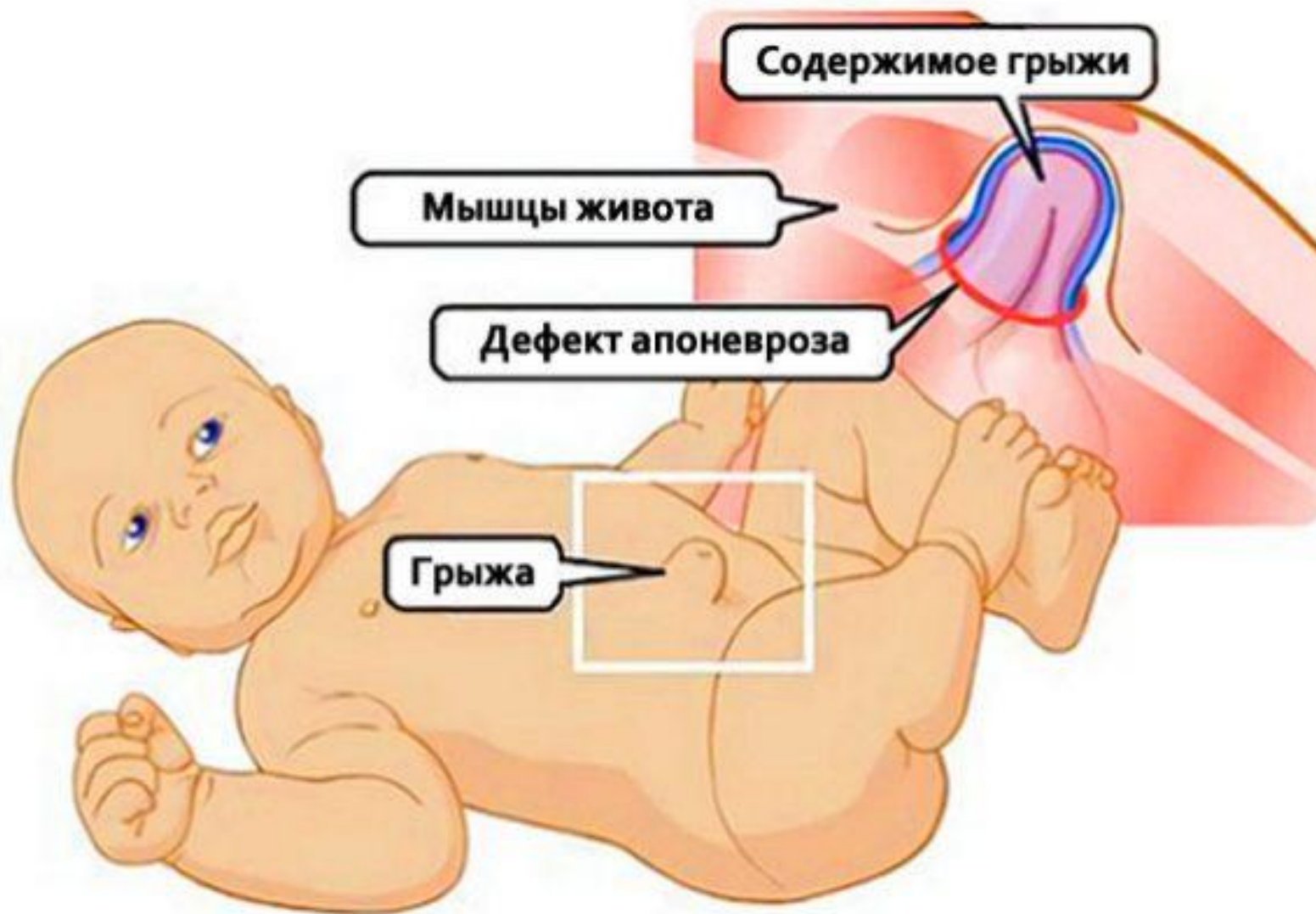
Кишечник проходит
через отверстие в
диафрагме

Дефекты брюшной стенки

Пупочные грыжи встречаются как у недоношенных, так и доношенных детей. У недоношенных чаще они развиваются после застывания пупочной ранки, достигая наибольших размеров к концу 1-го месяца. Величина может быть различная – диаметром от 0,5 см до 2–5 см. Содержимое грыжи – брыжейка или складки тонкой кишки. При плаче и напряжении грыжа увеличивается. Грыжи легко вправляются, при этом может быть слышен кишечный шум, производимый газами, находящимися в кишечнике.

- Диагностика не требует особых методов исследования. Грыжа и величина грыжевого отверстия определяются при пальпации.
- Лечение. Малые и средние грыжи могут самоизлечиться. Средние грыжи тоже могут спонтанно вправиться после консервативного лечения. Для этого проводят укрепление мышц живота массажем, ограничением напряжения брюшной стенки. Заклеивание с подкладыванием плотных предметов не рекомендуется, так как это мешает укреплению прямых мышц живота. Большие грыжи с диаметром кольца 5 см и более подлежат оперативному лечению.

Дефекты брюшной стенки

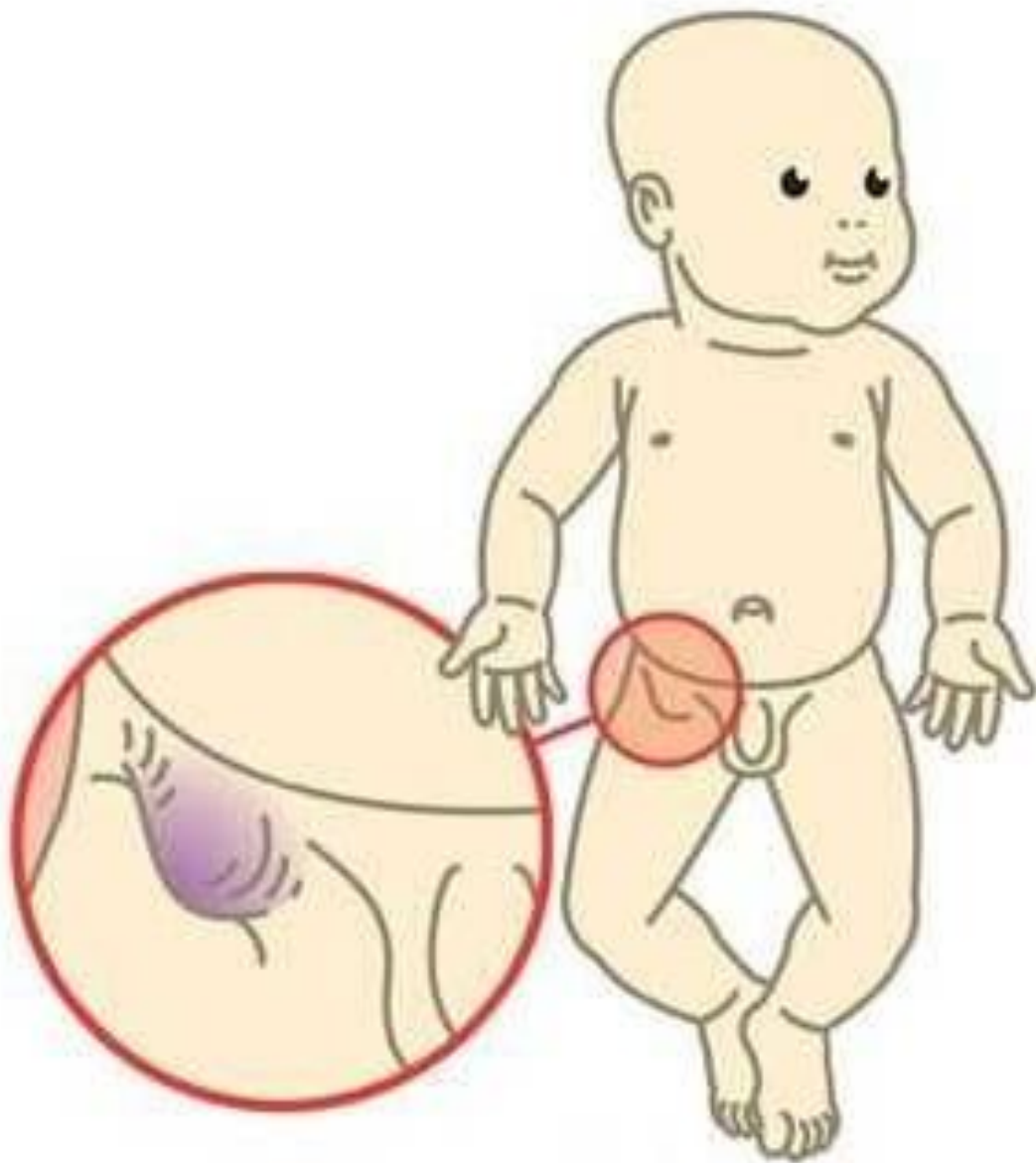


Дефекты брюшной стенки

Паховые грыжи – попадание петель кишок в мошонку (у мальчиков), в виде выпячивания в паховой области (у девочек). Выпячивание кишечных петель в грыжевое отверстие сопровождается болью.

- Ребенок плачет. Содержимое грыжи легко вправляется, но при сильном болевом синдроме может произойти ущемление, при котором вправить грыжу не удастся, беспокойство ребенка усиливается, присоединяются рвота, вздутие живота, может быть травмирование сосудов ущемленной кишки, и тогда в стуле появляется кровь.
- Лечение паховых грыж оперативное, проводится у доношенных и недоношенных детей после 6 месяцев при наличии увеличения грыжи. Ущемленную грыжу оперируют в любом возрасте при отсутствии эффекта от консервативного лечения.

Дефекты брюшной стенки



Паховая грыжа у
ребенка

Пороки развития толстой кишки

Болезнь Гиршпрунга встречается чаще всего. У новорожденных она протекает остро, выявляется на 2—3-й день жизни.

- Клинически она проявляется отсутствием стула и постепенно прогрессирующим вздутием живота. В более поздние сроки появляется рвота с желчью. Живот резко вздут, увеличен в размерах в результате метеоризма.
- Диагноз уточняется при рентгенологическом исследовании.
- Лечение хирургическое.
- Атрезия (заращение) заднего прохода и прямой кишки. Первые признаки появляются через 10–12 ч после рождения. Ребенок становится беспокойным, периодически отмечается потуживание, стул отсутствует. Через несколько часов может развиваться кишечная непроходимость. Диагностика базируется на осмотре промежности и отсутствии мекония (первородного кала).
- Лечение хирургическое.

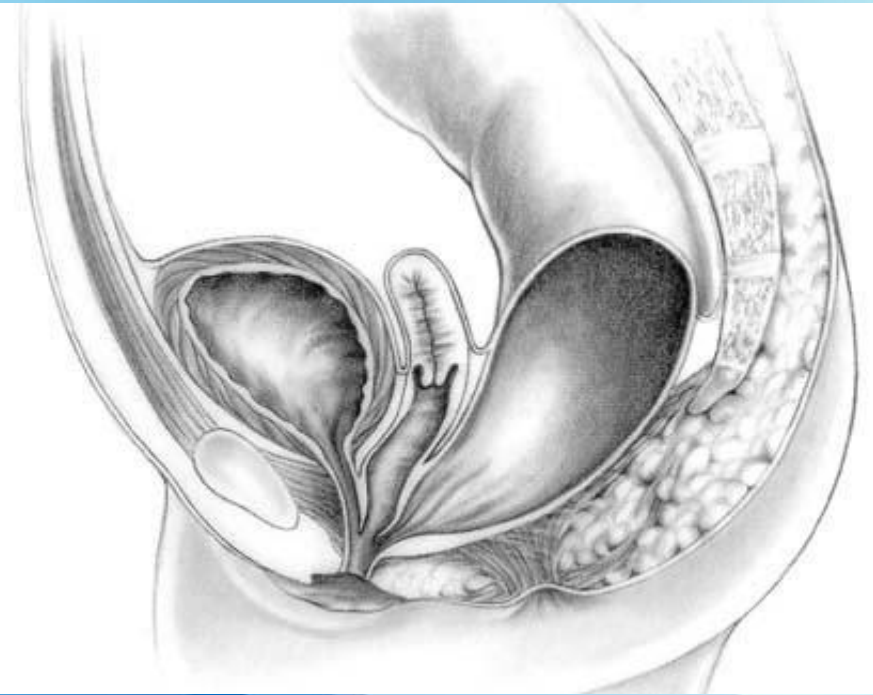
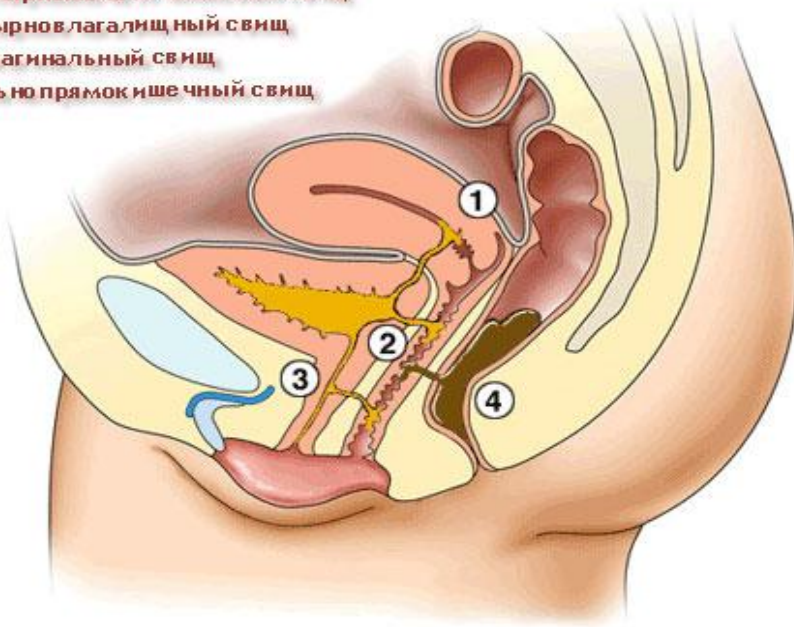
Пороки развития толстой кишки



Пороки развития толстой кишки

Атрезия заднего прохода и прямой кишки со свищами. При отсутствии ануса свищи чаще открываются у девочек во влагалище или преддверии влагалища. Это проявляется выделением мекония и газов через половую щель. У мальчиков свищи открываются в область промежности.

1. Мочепузырно мочеочечниковый свищ
2. Мочепузырно влагалищный свищ
3. Уретровлагинальный свищ
4. Вагинально прямокишечный свищ



Пороки развития толстой кишки

Атрезии прямой кишки и анального отверстия. Проявляются главным образом симптомами низкой непроходимости кишечника. Отсутствие отхождения мекония, беспокойство, отказ от еды и рвота являются наиболее характерными симптомами, которые появляются спустя 1 – 2 сут. с момента рождения ребёнка. При атрезии анального отверстия отмечают просвечивание мекония через тонкую перепонку, а при крике и натуживании ребёнка — выпячивание в месте предполагаемого анального отверстия (симптом толчка). При сочетании указанного порока с атрезией прямой кишки симптом толчка отсутствует. Дополнительным признаком высокой атрезии прямой кишки является небольшое расстояние между седалищными буграми (менее 2,5 см) у новорожденного.

- Диагностика не представляет особых трудностей.
- Лечение хирургическое.

Пороки развития толстой кишки

Атрезии прямой кишки и анального отверстия. Проявляются главным образом симптомами низкой непроходимости кишечника. Отсутствие отхождения мекония, беспокойство, отказ от еды и рвота являются наиболее характерными симптомами, которые появляются спустя 1 – 2 сут. с момента рождения ребёнка. При атрезии анального отверстия отмечают просвечивание мекония через тонкую перепонку, а при крике и натуживании ребёнка — выпячивание в месте предполагаемого анального отверстия (симптом толчка). При сочетании указанного порока с атрезией прямой кишки симптом толчка отсутствует. Дополнительным признаком высокой атрезии прямой кишки является небольшое расстояние между седалищными буграми (менее 2,5 см) у новорожденного.

- Диагностика не представляет особых трудностей.
- Лечение хирургическое.



Основные симптомы при заболеваниях органов пищеварения у новорождённых

- При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на возможные «симптомы тревоги» для исключения органической патологии ЖКТ.
- Наиболее часто у детей грудного возраста (особенно первые 6 мес. жизни) встречаются: срыгивания – 23,1%; младенческие кишечные колики – 50–70%; функциональный запор – 17,6% случаев. Чаще всего симптомы наблюдаются в различных комбинациях, реже – изолированно.

Срыгивания у младенцев

- Срыгивания (регургитация) – самопроизвольный заброс желудочного (обычно нествороженного молока) в ротовую полость, из-за сокращения мышц желудка без участия диафрагмы и мышц передней брюшной стенки.
- Ребенок как бы сливает молоко изо рта сразу или через небольшой промежуток времени после кормления, это считается вариантом нормы.
- У детей первого года жизни без органических изменений со стороны ЖКТ срыгивания могут быть вызваны различными причинами: быстрое сосание, аэрофагия, перекорм, нарушение режима кормления, неадекватный подбор смесей, синдром вегето-висцеральных нарушений при церебральной ишемии (пилороспазм, халазия кардии), дискинезия ЖКТ, ранний перевод на густую пищу, наследственные заболевания, связанные с нарушением обмена веществ

Срыгивания у младенцев

- Аэрофагия, т. е. заглатывание воздуха в момент кормления, бывает у чрезмерно возбудимых, жадно сосущих детей, особенно при отсутствии или малом количестве молока в грудной железе, когда ребенок не захватывает околососковый кружок.
- Может быть при большом отверстии в соске, горизонтальном положении бутылочки, когда соска не полностью заполнена молоком.
- Дети с аэрофагией бывают беспокойные. У них отмечается взбухание в области желудка после кормления. При аэрофагии срыгнутое молоко не изменено. Перевод ребенка в вертикальное положение после кормления на полчаса способствует выделению изо рта заглоченного воздуха и прекращению срыгивания.
- Повторяющиеся срыгивания, чередующиеся со рвотой, характерны для воспаления слизистой оболочки пищевода, желудка и других заболеваний органов пищеварительной системы.

Срыгивания у младенцев

- Интенсивность срыгиваний принято оценивать по пятибалльной шкале, которая отражает совокупную характеристику частоты и объема срыгиваний, что помогает оценить клиническую картину и необходимый объем помощи

Шкала оценки интенсивности срыгиваний

0 баллов	Отсутствие срыгиваний
1 балл	Менее 5 срыгиваний в сутки объёмом не более 3 мл
2 балла	Более 5 срыгиваний в сутки объёмом более 3 мл
3 балла	Более 5 срыгиваний в сутки объёмом до $\frac{1}{2}$ количества пищи, введённого за одно кормление, не чаще чем в половине кормлений
4 балла	Срыгивания небольшого объёма в течение 30 мин и более после каждого кормления
5 баллов	Срыгивания от $\frac{1}{2}$ до полного объёма пищи, введённого во время кормления, менее чем в половине кормлений

Лечение срыгиваний у младенцев

- Лечение синдрома функциональных срыгиваний включает ряд этапов. На первом месте работа с родителями, объяснение необходимости соблюдать кормящей матерью диету, исключить продукты, приводящие к газообразованию, не допускать перекорма. Кроме того, необходимо после каждого кормления проводить постуральную терапию, удерживая ребенка в вертикальном положении после каждого дневного и ночного кормления в течение 20–30 мин. Для исключения аэрофагии необходимо обучить мать правильно прикладывать ребенка к груди.
- Необходимо помнить, что синдром срыгиваний, не является показанием к отказу от естественного грудного вскармливания в пользу искусственного. Но возможно назначение смесей с загустителями, которые добавляются в сцеженное грудное молоко.
- Лекарственная терапия включает препараты: улучшающие состояние нервной системы, энерготропные, улучшающие состояние ЖКТ – прокинетики, антациды, пробиотики, ферменты, а также препараты, уменьшающие проявления последствий синдрома срыгиваний – витамины, средства от метеоризма и т. д.

Рвота у младенцев

- Рвота – непроизвольное и стремительное выбрасывание содержимого желудка через рот (иногда и через нос), заканчивающееся чаще своеобразным низким звуком, издаваемым ребенком на вдохе (он как бы давится), после которого наступает плач.
- Акт рвоты возникает за счет активного сокращения мышц желудка, диафрагмы и передней брюшной стенки. Ему могут предшествовать бледность лица, беспокойство, учащение сердцебиения.
- Рвота может иметь как функциональную, так и органическую природу.
- Функциональная рвота наблюдается при заглатывании воздуха, менингите, отите, коротком пищеводе, диафрагмальной грыже, некоторых наследственных аномалиях обмена веществ, коклюше, пневмонии, в результате скопления большого количества мокроты в носоглотке.
- Органические причины рвоты у новорожденных обусловлены различными вариантами острой врожденной непроходимости пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимостью. Такой характер рвота носит при муковисцидозе, внутренних брюшных грыжах, сдавлении просвета кишки при кольцевидной поджелудочной железе и при других образованиях в брюшной полости.

Колики новорождённых

- Это эпизоды болезненного плача и беспокойства ребенка, которые обычно возникают в вечернее время без каких-либо видимых причин. Приступы плача начинаются внезапно и также внезапно заканчиваются. Продолжаются не менее 3-х часов в день и не реже 3-х раз в неделю. Начало колик обычно приходится на 2–3–ю неделю жизни, максимальные проявления – на 20-й месяц, постепенное исчезновение наблюдается после 3–4-х месяцев

Младенческие колики.

Диагностические критерии: наблюдаются все симптомы, характерные для ребёнка 0-4-х месяцев

1. Приступы беспокойства, возбуждения или плача, начинающиеся и прекращающиеся без видимой причины
2. Эпизоды длительностью 3 и более часов в день, минимум 3 дня в неделю в течение как минимум 1 недели
3. Нет нарушений развития

Причины возникновения колик новорождённых

- Возникновению колик способствуют: анатомо-физиологические особенности развития ЖКТ ребенка в раннем возрасте – быстрый и неравномерный рост различных отделов ЖКТ; физиологическая гипотония естественных сфинктеров; становление периферической и центральной вегетативной иннервации ЖКТ; низкая ферментативная активность и недоразвитие протоков экзокринных желез; формирование кишечной микрофлоры. Замечено, что чем меньше масса тела и гестационный возраст ребенка при рождении, тем выше риск развития кишечных колик.
- Частота кишечных колик, по данным разных авторов, составляет от 20 до 70%. Несмотря на длительный период изучения, нет единого мнения об этиологии кишечных колик.

Клиника колик у младенцев

- Для кишечных колик характерен резкий болезненный плач, сопровождающийся покраснением лица, ребенок старается принять вынужденное положение, прижимая ножки к животу – «сучит ножками». Также при этом состоянии возникают трудности с отхождением газов и стула. Однако после дефекации наступает заметное облегчение и успокоение ребенка. Наиболее типичное время для кишечных колик – вечерние часы, мамы даже могут отметить постоянное время появления колик. Кишечные колики практически с одинаковой частотой встречаются как на естественном, так и на искусственном вскармливании
- Поскольку единого мнения о причинах развития колик не существует, то и подходы к терапии различаются. Для ребенка на грудном вскармливании рекомендации совпадают с рекомендациями при срыгиваниях. При искусственном вскармливании подбирается соответствующая лечебная смесь.

Помощь при коликах у младенцев

- Применяются разнообразные физические методы лечения кишечных колик: сухое тепло (теплая пеленка, длительное нахождение на руках матери, метод «кенгуру»); положение на животе «кожа к коже»; массаж живота по часовой стрелке; сгибание-разгибание ног. При выраженных коликах возможно применение газоотводных трубочек и очистительных микроклизм.
- Но во всех вариациях развития кишечных колик в качестве медикаментозной терапии используются препараты, содержащие симетикон. Препараты симетикона могут применяться при остром приступе кишечных колик, т. к. обладают ветрогонным действием.
- В лечении кишечных колик широко применяются фитопрепараты ветрогонного и мягкого спазмолитического действия, содержащие различные травы – экстракты ромашки, фенхеля, аниса, вербены, укропа, мяты перечной.
- При выраженных коликах врач может назначить спазмолитические препараты, пробиотики, сорбенты, панкреатические ферменты.
- Подбор препаратов должен осуществляться индивидуально для каждого пациента.

Диспепсия у младенцев

- Алиментарная (пищевая) диспепсия представляет собой заболевание, характеризующееся дисфункцией пищеварения.
- К развитию пищевой диспепсии приводят перевод на искусственное вскармливание, беспорядочное вскармливание, питание, не соответствующее возможностям пищеварения новорожденного.
- Диспепсия развивается при нарушениях расщепления и всасывания пищевых ингредиентов.
- При нарушении расщепления углеводов происходит задержка воды в кишечнике.
- В результате бактериального брожения нерасщепленные углеводы превращаются в молочную и уксусную кислоты, что усиливает перистальтику и скорость продвижения кишечного содержимого.
- При нарушении переваривания белка нерасщепленные молекулы протеина, попадая в нижние отделы кишечника, подвергаются бактериальному гниению, продукты которого могут стать причиной токсического повреждения слизистой оболочки.

Диспепсия у младенцев

- В результате нарушения расщепления и всасывания жиров в кишечнике образуются нерастворимые мыла жирных кислот, изменяется всасывание кальция, магния, жирорастворимых витаминов.
- Клиническая картина. Основными признаками диспепсии являются диарейный синдром, вздутие живота, срыгивания, беспокойство ребенка. Стул обычно водянистый, пенистый с белыми комочками (мыла), желтого цвета, с кислым запахом. При преобладающем нарушении переваривания белка стул может иметь неприятный запах, а жира – бывает блестящий на вид.
- Лечение. Необходимо устранение причины – кормление грудным молоком или адаптированной смесью, соответствующей возрасту ребенка, но в уменьшенном на 1/2 объеме, увеличение принимаемой жидкости.
- Назначают биопрепараты (бифидумбактерин – 2–3 дозы в сутки за 30 мин до кормления), ферментные препараты (панкреатин, фестал, мезим 2–3 раза в день после еды).
- При улучшении состояния переходят на питание, соответствующее возрасту в нужном объеме.

Функциональный запор

- Запор – нарушение функции кишечника, выражающееся увеличением интервалов между актами дефекации (по сравнению с индивидуальной физиологической нормой), затруднением акта дефекации, чувством неполного опорожнения кишечника, отхождением малого количества кала. Интервал между актами дефекации увеличивается до 36 часов и более, при этом каловые массы отличаются более плотной консистенцией.
- Сопутствующие симптомы включают: возбуждение, снижение аппетита и/или быструю насыщаемость. Симптомы быстро проходят после отхождения стула большого объёма.
- Частота стула у детей считается нормальной, если от рождения до 4-х месяцев происходит 1–7 актов дефекации в сутки (на грудном вскармливании дефекация может происходить после каждого кормления), от 4-х месяцев до 2–х лет – 1–3 опорожнения кишечника.

Причины функциональных запоров

- В механизме развития запоров у детей первого года жизни огромную роль играют нарушения моторики (дискинезии) толстой кишки. А наиболее частой причиной возникновения запоров у детей первого года жизни являются алиментарные нарушения, которые легко возникают у детей раннего возраста вследствие бурного роста и развития кишки, ее вегетативной иннервации, начала формирования и в дальнейшем закрепления анальных рефлексов.
- При сборе анамнеза и осмотре следует обратить внимание на возможные «симптомы тревоги», подозрительные в плане врожденной органической патологии толстой кишки, аномалии развития спинного мозга и метаболические расстройства: возникновение запора с рождения, позднее (более 48 часов) отхождение мекония; выраженный метеоризм и рвота; капризность, нарушения раннего моторного развития. Для функционального запора характерны нарушение аппетита или быстрое насыщение вследствие переполнения кишечника, капризность, раздражительность, которые купируются после отхождения большого количества каловых масс.

Помощь при запорах у грудного ребёнка

- При запорах у грудного ребенка прежде всего необходимо скорректировать диету матери, устранить возможные погрешности в режиме вскармливания: частота, регулярность, объем, (часто необоснованно раннее) начало прикорма, его качество. Кормящая мать должна соблюдать достаточный питьевой режим и диету с ограничением продуктов, усиливающих газообразование и снижающих моторику толстой кишки – «триггерные продукты» (чай, кофе, алкоголь, шоколад, сорбитол, цитрусовые, сладкие сиропы).
- Функциональные запоры чаще встречаются у детей на искусственном вскармливании, поэтому необходимо применять только адаптированные молочные смеси, при необходимости назначать лечебные смеси с пре-, про- и симбиотиками, кисломолочные смеси, антирефлюксные и послабляющие смеси на основе камеди рожкового дерева. Также необходимо наладить режим питья в промежутках между кормлениями (кипяченая вода и фиточай с фенхелем, ромашкой, укропом для грудных детей). Вводить прикорм ребенку с запорами следует не ранее 5 мес. жизни с овощных и фруктовых пюре и соков (чернослив, слива, абрикос, персик, яблоко).

Лечение функциональных запоров

- Терапия запоров, как и других ФН, должна сочетаться с лечением сопутствующей неврологической патологии младенца. Также необходимо назначать немедикаментозные методы лечения. Массаж живота перед каждым кормлением, терапия положением (на животе, с согнутыми приведенными ногами, что способствует расслаблению анального сфинктера), легкий массаж перианальной области в большинстве случаев способствуют разрешению запора. Для экстренной терапии у грудных детей при выраженном нарушении самочувствия, крике, плаче рекомендуется применение лечебной водной микроклизмы. Но их применение должно быть ограничено (1 раз в 36–48 часов). При функциональных запорах, сопровождающихся метеоризмом, показаны препараты симетикона для уменьшения газообразования и улучшения перистальтики.
- В дальнейшем, при упорных запорах у детей первого года жизни, возможно назначение препаратов лактулозы в качестве смягчителей, сорбита, кукурузного сиропа. Не показано назначение минеральных масел и стимулирующих слабительных.

Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания пищевых веществ)

- Синдром короткой кишки. Нарушение всасывания часто возникает после резекции части кишечника у детей, которые имели врожденные аномалии, или вследствие другой патологии. У них отмечаются быстрое прохождение пищевого комка и диарея.
- Повреждение слизистой оболочки тонкого кишечника также является большой проблемой для новорожденных детей.
- При этом возникает мальабсорбция всех пищевых веществ. Однако клинические симптомы определяются в основном нарушенным всасыванием углеводов.

Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания пищевых веществ)

- Непереносимость лактозы, или лактазная недостаточность (недостаточность фермента лактазы), может носить первичный и вторичный характер. Лактоза – молочный сахар, содержится в молоке млекопитающих и человека и является основным углеводом в питании детей грудного возраста.
- Наследственная непереносимость лактозы является наиболее тяжелым типом наследственной непереносимости пищевых ингредиентов.
- Однако чаще встречается вторичная лактазная недостаточность. Причинами ее развития являются перенесенные острые кишечные инфекции, массивная антибиотикотерапия, незрелость ферментных систем желудочно-кишечного тракта у недоношенных и новорожденных детей.

Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания пищевых веществ)

- Клинические проявления. Непереносимость лактозы может проявляться с первых дней и преобладает у детей первого года жизни. Клиническая картина характеризуется выраженными диспепсическими явлениями, длительным диарейным синдромом в виде частого, водянистого, пенистого, с кислым запахом стула. У многих детей отмечаются дисфункции кишечника в виде колик, вздутия живота, урчания. У части детей могут быть срыгивания, рвота, результатом чего являются плохая прибавка или остановка прибавки массы тела и развитие гипотрофии.
- Лечение при непереносимости лактозы основывается на диетотерапии с ограничением или полным исключением молока с применением безлактозных («Ал—110»), низколактозных смесей («Нутрилон с низким содержанием лактозы») или смесей, содержащих лактазу, соевых смесей («Алсой», «Энфамил-соя» и т. д.).
- На 3—4-й день после начала безмолочного питания с использованием лечебных смесей отмечается нормализация стула, а с 4—5-го дня больные начинают прибавлять в массе тела. Полное выздоровление наблюдается через 2,5—3 месяца, что позволяет постепенно вводить лактозосодержащие продукты.

Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания пищевых веществ)

- Непереносимость белков является одной из наиболее частых причин хронической диареи у маленьких детей. Основными факторами развития заболевания могут быть белок коровьего молока, соевый белок, белок женского грудного молока. Случается, что у детей, находящихся на естественном вскармливании, может развиться непереносимость белка коровьего молока. Это может быть связано с развитием повышенной аллергической чувствительности ребенка к различным фракциям белка коровьего молока, циркулирующим в крови матери и ее молоке в периоды беременности и лактации. Причиной является избыточное потребление коровьего молока и его производных, высокоаллергенных продуктов беременными и кормящими женщинами.
- Для большинства больных с непереносимостью белков характерны воспалительные явления, выявляемые на различных уровнях желудочно-кишечного тракта. Выраженные повреждения слизистой оболочки тонкого кишечника вызывают снижение ее всасывательной активности и повышение проницаемости, что может привести к значительному поступлению в кровяное русло недорасщепленных молекул пищи.

Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания пищевых веществ)

- Часто у детей первых месяцев жизни при воспалении кишечника, вызванном белковой непереносимостью, бывают срыгивания, рвота, плохой аппетит, повышенная возбудимость, разжиженный стул.
- Непереносимость белков приводит к развитию пищевой аллергии, которая характеризуется проявлениями атопического дерматита, кожными, желудочно-кишечными (срыгивания, рвота, диарея или неустойчивый стул) и дыхательными (астматический бронхит) расстройствами. Тяжесть аллергического процесса нарастает с возрастом больных от локализованных изменений на коже, нередко с расстройствами желудочно-кишечного тракта у детей первых месяцев жизни, до выраженных распространенных проявлений атопического дерматита и формирования более серьезных симптомов во втором полугодии жизни.

Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания пищевых веществ)

- Первые проявления аллергии могут проявляться рано – до 3 месяцев жизни, причем дети часто находятся на естественном вскармливании. В развитии пищевой аллергии установлена причинная значимость семейной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, хронической патологии органов пищеварения, профессиональных вредностей, патологического течения беременности и родов у матери. Наиболее частой сопутствующей патологией при пищевой аллергии являются гипотрофия, дисбактериоз кишечника, патология головного мозга, рахит, заболевания желчных путей, панкреатит.

Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания пищевых веществ)

- Лечение. Наиболее важным элементом в лечении непереносимости белка, пищевой аллергии является диета, которая построена на исключении причинно-значимых аллергенов с адекватной их заменой, обеспечивающей физиологические потребности ребенка в основных пищевых веществах и энергии. В первую очередь при естественном вскармливании матери назначается гипоаллергенная диета на весь период кормления грудью: исключаются коровье молоко и молочные продукты, а также продукты, обладающие аллергизирующей активностью.

Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания пищевых веществ)

- Детям, находящимся на искусственном вскармливании, при непереносимости белка коровьего молока назначаются белковые гидролизаты или аминокислотные смеси, раньше вводится прикорм: 1-й – в виде овощного пюре в 3,5–4 месяца (кабачки, цветная и белокочанная капуста, репа, светлоокрашенная тыква и другие, в зависимости от переносимости); 2-й прикорм в 4–4,5 месяцев – каша (предпочтение отдают рисовой, гречневой, овсяной, их сочетания – выбор индивидуален – готовят на фруктовом отваре или с добавлением соевой смеси); 3-й прикорм – в виде второго овощного пюре или овощно-крупяного блюда (кабачки с рисом в пропорции 1: 1, тыква с гречневой крупой). Для коррекции поступления белка с 5 месяцев рекомендуется вводить мясное пюре из вареного, дважды пропущенного через мясорубку мяса.

Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания пищевых веществ)

- Чаще используются тощая свинина, конина, мясо кролика, индейки, цыплят, специальные детские продукты – «Конек-Горбунок», «Пюре из свинины», «Чебурашка», «Винни-Пух».
- Минимальная продолжительность безмолочного питания – 5–6 месяцев, а иногда и до 1 года. Расширение рациона проводят очень осторожно, начиная с введения кисломолочных продуктов. Также необходимо вести пищевой дневник.

ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Старостина Л.С., Яблокова Е.А. «Особенности функционирования пищеварительной системы у детей раннего возраста: коррекция наиболее частых расстройств».
2. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Методические рекомендации 2019г.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!