

## **Глава 6. ХРОНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И ПИЩЕВАРЕНИЯ**

● **Дистрофия, гипотрофия, паратрофия: определение, этиология, клиническая картина, лечение**

### **ДИСТРОФИЯ**

Дистрофия – хроническое расстройство питания и трофики тканей, нарушающее правильное, гармоничное развитие ребенка.

Заболевание наиболее часто встречается у детей раннего возраста, что объясняется интенсивным обменом веществ и несовершенством системы пищеварения. При дистрофии снижается толерантность (выносливость) к пищевой нагрузке и погрешностям режима. На фоне дистрофии часто возникают инфекционные и воспалительные заболевания, которые протекают тяжело, трудно поддаются лечению и могут явиться причиной летального исхода.

Для своевременного выявления хронического расстройства питания важно знать, что здоровый, нормально развивающийся ребенок (нормотрофик) имеет средние показатели массы, роста и правильное их нарастание, чистые бледно-розовые кожные покровы и слизистые оболочки, хорошо выраженный подкожно-жировой слой, удовлетворительный мышечный тонус и правильно развитый скелет. У здорового ребенка хороший аппетит при относительной неразборчивости к пище, отсутствуют нарушения процессов пищеварения и заболевания внутренних органов. Нормотрофик должен иметь достаточно высокую сопротивляемость к инфекции, соответствующее возрасту нервно-психическое развитие и хорошее настроение.

Наиболее частыми формами дистрофии являются гипотрофия и паратрофия.

## ГИПОТРОФИЯ

Гипотрофия представляет собой хроническое расстройство питания с отставанием массы тела по отношению к его длине. Заболевание характеризуется задержкой физического и нервно-психического развития, снижением иммунитета.

**Этиология.** Различают гипотрофию врожденную и приобретенную. *Врожденная* гипотрофия связана с воздействием на плод неблагоприятных факторов. *Приобретенная* гипотрофия возникает после рождения под влиянием разнообразных экзо- и эндогенных причин.

Экзогенные причины включают: 1) алиментарные нарушения (несбалансированное питание, пища, не соответствующая возрасту ребенка, недокорм и др.); 2) инфекционные факторы (острые и хронические заболевания, в первую очередь органов пищеварения); 3) дефекты ухода и окружающей внешней среды (недостаточное внимание и отрицательное эмоциональное воздействие на ребенка, нарушение режима дня и гигиенических правил ухода, гиподинамия); 4) воздействие ряда токсических веществ (лекарственные отравления, гипервитаминозы).

Эндогенными причинами развития заболевания являются врожденные пороки развития (расщелина губы и твердого неба, атрезия пищевода, пилоростеноз, стеноз кишечника, пороки сердца), некоторые наследственные, эндокринные, иммунодефицитные заболевания, поражения ЦНС.

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

**Клиническая картина.** Различают три степени гипотрофии. *Гипотрофия I степени* выявляется только при внимательном осмотре. Общее состояние ребенка удовлетворительное. Аппетит снижен умеренно. Дети беспокойны, отличаются повышенной возбудимостью, неустойчивым эмоциональным тонусом. Кожные покровы бледные. Тургор тканей снижен. Подкожный жировой слой истончен на животе, но сохранен на лице и конечностях. Дефицит массы тела составляет 10–20% по сравнению с нормой. Рост соответствует возрасту.

*Гипотрофия II степени* сопровождается снижением эмоционального тонуса. Ребенок теряет жизнерадостность, становится вялым и апатичным, плохо спит, задерживается развитие психомоторных функций и речи, отчетливо нарушается аппетит. При насильственном кормлении возникает рвота. Кожные покровы бледные, сухие. Эластичность кожи и тургор тканей снижены, кожа легко собирается в складки, выражена мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой сохранен на лице, отчетливо истончен на животе, туловище и конечностях. Дефицит массы тела составляет 21–30%. Рост уменьшен на 2–4 см. Колебания температуры тела могут достигать 1 °С и более. Снижается иммунитет, что приводит к возникновению инфекционных и гнойных заболеваний (отит, пневмония, пиелонефрит), протекающих вяло и торпидно.

Происходит изменение характера стула. Он становится неустойчивым. При количественном недоедании стул скудный, сухой, обесцвеченный, имеет неприятный гнилостный запах ("голодный" стул). В результате избыточного вскармливания коровьим и козьим молоком кал приобретает мыльно-известковый вид и бурый цвет, становится сухим, в виде шариков, мелко крошится и рассыпается, имеет гнилостный характер ("овечий" стул). При преобладании в пищевом рационе манной каши, киселя, печенья наблюдается пенистый, кашицеобразный или жидкий стул, содержащий слизь и непереваренные зерна крахмала.

*Гипотрофия III степени* (атрофия) характеризуется значительными нарушениями общего состояния. Ребенок безучастен к окружающему, плаксив, раздражителен. Отмечается резкая задержка развития, утрата приобретенных навыков и умений, анорексия. Кожа сухая, бледно-серого цвета, свисает складками на ягодицах и бедрах. Подкожная жировая клетчатка отсутствует на лице, туловище и конечностях. Из-за резкого истощения лицо принимает старческий морщинистый вид. По внешнему виду ребенок напоминает скелет, обтянутый кожей (рис. 41). Ткани пол-



Рис. 41. Внешний вид ребенка с гипотрофией

ностью утрачивают тургор. Развиваются атрофия мышц и гипертонус сгибателей. Дефицит массы тела составляет более 30%. Длина тела отстает от возрастной нормы на 5–6 см и более. Выражены признаки полигиповитаминоза и обезвоживания (западает большой родничок, высыхают слизистые оболочки полости рта, конъюнктивы и роговица, уменьшается количество мочи и кала, наступает сгущение крови). Температура тела снижена, дети склонны к переохлаждению. Стул неустойчивый. Иммуитет резко снижен, воспалительные заболевания протекают латентно, без повышения температуры и часто дают осложнения.

При врожденной гипотрофии отмечаются различные нарушения функции ЦНС. Ребенок рождается с низкими показателями физического развития. Отставание массы тела от роста у новорожденных определяется по оценочным таблицам с учетом гестационного возраста или по весоростовому показателю, который рассчитывается по формуле: масса тела (г) : длину тела (см)  $\times 100\%$ . У нормотрофика весоростовой показатель составляет 60–80%, при гипотрофии I степени – 60–56, II степени – 55–50, III степени – ниже 50%.

**Лечение.** Дети с гипотрофией I степени лечатся в домашних условиях; больные с гипотрофией II и III степени подлежат госпитализации.

Лечение включает выявление и устранение причинных факторов, вызвавших гипотрофию, организацию оптимальных условий жизни ребенка, диетотерапию и назначение медикаментов.



Первостепенное значение имеет диетотерапия. Диета должна учитывать низкую переносимость больными пищевых веществ, недостаточную секрецию и замедленную моторику пищеварительного тракта. В ее построении выделяют два этапа: 1-й этап – изучение толерантности к пище, 2-й этап – усиленное питание. Период выяснения толерантности к пище – один из самых важных моментов в лечении гипотрофии. Большая пищевая нагрузка, введенная преждевременно, вызывает срыв и приводит к острому расстройству пищеварения. Увеличение объема и изменение состава пищи проводятся при удовлетворительном аппетите и отсутствии диспептических явлений: рвоты, срыгивания, диареи. Адекватность диетотерапии контролируется нарастанием массы тела, данными копрограммы и сахарной кривой.

При гипотрофии I степени для ликвидации дефицита массы часто бывает достаточным устранить дефект вскармливания ребенка, наладить полноценное питание, организовать правильный режим и уход. Детям с гипотрофией II степени и особенно III в первые дни лечения суточный объем пищи в зависимости от состояния снижают до  $3/4$ ,  $2/3$  или  $1/2$  от возрастной нормы. Недостающий объем питания восполняется жидкостью (чай, настой шиповника, фруктовые соки, овощные и фруктовые отвары). При улучшении состояния ребенка количество пищи постепенно доводят до физиологической нормы.

Расчеты и коррекция питания при гипотрофии I степени проводятся на 1 кг должной массы тела (масса тела при рождении и общая прибавка массы за прожитый период жизни).

При гипотрофии II степени количество белков и углеводов в суточном рационе рассчитывается на 1 кг должной массы тела, количество жиров – на 1 кг фактической массы, так как толерантность к жиру у этих детей резко снижена.

При гипотрофии III степени количество белков и углеводов рассчитывается на 1 кг приблизительно должной массы тела (фактическая масса + 20% от фактической массы), количество жиров – на фактическую массу.

По мере нормализации состояния ребенка и стойком нарастании массы тела питание постепенно начинают рассчитывать на должную массу.

При изучении толерантности к пище в первую очередь корригируется белковый и углеводный состав рациона, затем – жировой. В случае усиленного питания количество углеводов может быть выше физиологической нормы. Это объясняется тем,

что в связи с ограничением жиров углеводы представляют основной источник энергии.

Коррекцию белкового компонента целесообразно проводить за счет натуральных продуктов (творог, желток, мясное пюре), специализированных мясных консервов для детского питания и сухих диетических продуктов – энпитов ("Энпит белковый", "Энпит обезжиренный"). Энпиты могут использоваться в виде напитков, белковых добавок для приготовления молочных смесей, овощных пюре, каш и других блюд.

Коррекцию углеводного компонента осуществляют с помощью сахарного сиропа, фруктовых соков и пюре.

Жировой состав рациона рекомендуют расширять за счет сливочного и растительного масла, а также диетической смеси "Энпит жировой".

Идеальной пищей для ребенка является грудное молоко, при его отсутствии адаптированные молочные смеси, пресные и кисломолочные. Кисломолочные продукты стимулируют выработку пищеварительных соков, уменьшают явление дисбиоза, легче перевариваются и усваиваются. Для улучшения микрофлоры кишечника рекомендуется использовать биологически активные добавки (БАД-1Б, БАД-2, БАД-1 Л).

Прикорм при гипотрофии назначают с большой осторожностью. Обязательным условием для его введения являются нарастание массы тела и отсутствие острых заболеваний. В качестве первого прикорма вводят молочную кашу из различных круп, затем через 1–1,5 недели назначают второй прикорм в виде овощного пюре. Прикорм дают постепенно, начиная с малых доз, и в течение 7–10 дней доводят до необходимого объема.

На первом этапе лечения необходимо проводить заместительную терапию с использованием ферментов и поливитаминов, на втором – добавляется стимулирующая терапия (*апилак, женьшень, дибазол, пентоксил, пантокрин*). При гипотрофии II–III степени применяют анаболические стероиды, действие которых направлено на увеличение синтеза белков. Проводится инфузионная терапия.

При лечении врожденной гипотрофии используют седативные средства, гормоны (*тиреоидин*), препараты, улучшающие регенеративные процессы в ЦНС (*глутаминовая кислота, церебролизин*).

Особое значение в лечении гипотрофии придается санации очагов хронической инфекции, предупреждению и устранению сопутствующих заболеваний, борьбе с гиподинамией.

**Уход.** Ребенка следует оградить от излишних раздражителей (свет, звук, манипуляции) и перекрестной инфекции. Оптимальным вариантом является содержание больного в условиях бокса. Ребенок должен находиться в светлом, просторном, регулярно проветриваемом помещении с температурой воздуха 24–27 °С и влажностью 60–70%. Прогулки разрешаются при температуре воздуха не ниже –5 °С. Во время прогулок ребенок должен находиться на руках, в холодное время года целесообразно к ногам прикладывать грелку.

Повышение эмоционального тонуса необходимо добиваться ласковым обращением с больным. С большой осторожностью проводят массаж и гимнастику. Положительное действие на течение гипотрофии оказывают теплые гигиенические ванны с температурой воды +38 °С. Их проводят ежедневно, чередуя с лечебными хвойными ваннами и УФО.

**Профилактика.** Важным звеном профилактики гипотрофии являются мероприятия, направленные на антенатальную охрану плода.

Профилактика приобретенной гипотрофии состоит в рациональном питании, в соблюдении режима дня, систематическом проведении мероприятий по воспитанию и закаливанию ребенка. Развитие гипотрофии предупреждают профилактика и лечение острых и хронических заболеваний. Своевременно устранить причину гипотрофии позволяет периодический контроль за нарастанием массы тела.

### **Контрольные вопросы**

1. Перечислите основные причины хронических расстройств питания. 2. Опишите основные клинические симптомы гипотрофии I, II, III степеней. 3. Перечислите основные принципы лечения гипотрофии. Расскажите о лечебном питании, медикаментозном лечении и охранительном режиме. 4. Составьте план беседы с родителями по проблеме "Профилактика хронических расстройств питания у детей".

### **ПАРАТРОФИЯ**

**П а р а т р о ф и я** – хроническое расстройство питания, характеризующееся избыточной (до 10%) массой тела.

**Этиология.** Причиной развития паратрофии являются гиподинамия, перекорм или одностороннее углеводистое питание. Предрасполагают к заболеванию экссудативно-катаральный и лимфатико-гипопластический диатезы.

**Клиническая картина.** Ребенок, страдающий паратрофией, адинамичный, вялый. Он быстро утомляется, при активных движениях часто возникают одышка, тахикардия. Имеет место неустойчивость эмоционального тонуса. Отмечается тенденция к отставанию психомоторного развития. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные, пастозные. Ребенок рыхлый, избыточно выраженный подкожно-жировой слой часто располагается неравномерно. Отмечается снижение тургора тканей и тонуса мышц. Аппетит избирательный, порог толерантности к пище понижен. Стул неустойчивый, нередко обильный, жидкий, пенистый, с кислым запахом. Дети предрасположены к острым респираторным инфекциям, ожирению. В случае возникновения заболевания оно принимает вялый и длительный характер течения.

**Лечение.** Направлено на нормализацию диеты с введением овощных блюд, обогащением ее витаминами и белками. Предпочтение отдают кисломолочным смесям. Потребность в углеводах удовлетворяют за счет введения в пищевой рацион овощей и фруктов, в жирах – растительного масла. Важным фактором лечения является борьба с гиподинамией. С этой целью рекомендуется активно проводить массаж, гимнастику, заниматься спортом, закаливать ребенка. Показаны длительные прогулки на свежем воздухе.

#### **Контрольные вопросы**

1. Назовите основные причины развития паратрофии. 2. В чем состоит сходство и отличие клинических симптомов паратрофии и гипотрофии? 3. Перечислите основные принципы лечения паратрофии.

## **Глава 7. ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

• **Пилороспазм, пилоростеноз: определение, этиология, клиническая картина, лечение, уход**

### **ПИЛОРОСПАЗМ**

Пилороспазм – мышечный спазм привратника, приводящий к затруднению опорожнения желудка.

Причиной пилороспазма являются нарушение регулирующей функции центральной нервной системы и ее вегетативного отдела, невропатическая наследственность.



**Клиническая картина.** Ведущими симптомами пилороспазма являются срыгивания и рвота, которые появляются с первых дней жизни ребенка. Рвота, как правило, частая, выбрасывается небольшими порциями, наступает сразу после кормления или спустя 10–15 мин после него. Ее объем не превышает количества высосанного молока. В рвотных массах иногда присутствует примесь желчи.

Общее состояние ребенка незначительно ухудшается. Он беспокоен и криклив, несколько обезвожен. Число мочеиспусканий умеренно уменьшено. Запоры иногда сменяются диареей. Отмечается умеренное снижение массы тела. При рентгенологическом обследовании выявляется замедленная эвакуация контрастного вещества из желудка.

Продолжительность заболевания составляет 2–3 месяца, затем клинические проявления постепенно угасают. Возможно возобновление рвоты при различных неблагоприятных условиях (интеркуррентное заболевание, повышение температуры тела, неблагоприятная обстановка в семье).

**Лечение.** Заключается в нормализации процессов нервной деятельности. Ребенку показано максимальное пребывание на свежем воздухе, строгое соблюдение режима сна и бодрствования, достаточный сон, спокойная обстановка в семье. При упорной рвоте рекомендуется увеличить частоту кормлений, уменьшая при этом количество молока. Густая пища лучше удерживается в желудке, поэтому перед кормлением рекомендуется давать 1–2 чайные ложки 10% манной каши, приготовленной на воде. После еды на 5–10 мин следует придать ребенку вертикальное положение или уложить на живот, приподняв изголовье. Сестре необходимо обратить внимание на правильную технику кормления, предупреждающую аэрофагию, недопустимость перекорма и насильственного кормления. С целью снятия спазма привратника за 15–20 мин до кормления назначают *церукал*, *ношпу*, *дроперидол*, *аминазин*. Показано введение *витаминов В<sub>1</sub>*, *В<sub>6</sub>*, *пипольфена*, а также аппликации парафина, электрофорез с атропином и новокаином на область желудка. Принимая во внимание значение нервной системы в происхождении пилороспазма, назначают *бромиды*, *фенobarбитал*.

При возникновении рвоты медсестра обязана во избежание аспирации рвотных масс повернуть ребенка на бок и

удерживать в таком положении до ее прекращения, прикрыть грудь ребенка пеленкой или клеенкой, около рта поставить лоток. Необходимо немедленно оповестить врача о состоянии ребенка. Недопустимо оставлять больного одного. После рвоты следует промыть полость рта кипяченой водой, 2% раствором натрия бикарбоната. Рвотные массы оставляют до прихода врача, при необходимости направляют в лабораторию. В дальнейшем сестра обязана информировать врача о состоянии больного.

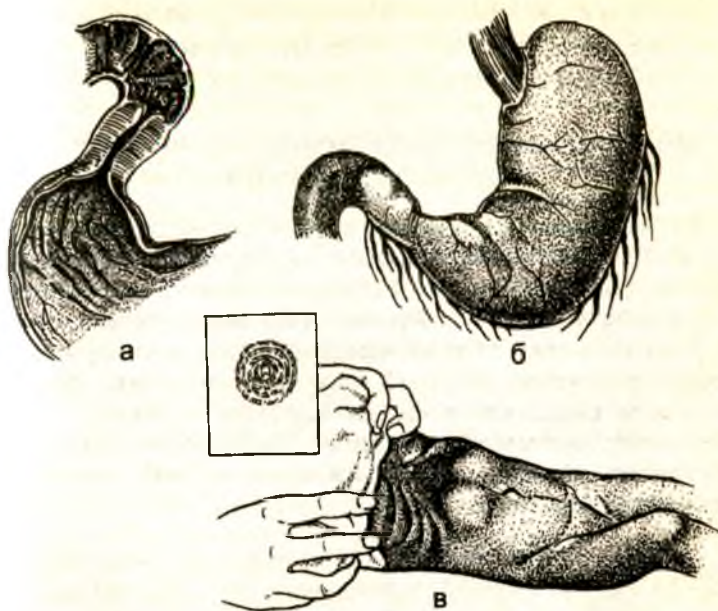
## ПИЛОРОСТЕНОЗ

Пилоростеноз – врожденное сужение пилорического отдела желудка, связанное с утолщением мышц привратника. В результате сужения просвета привратника прохождение пищи затрудняется, она скапливается в желудке и выбрасывается с рвотой.

**Клиническая картина.** Первые клинические признаки пилоростеноза появляются на 2–4-й неделе жизни. Основным симптомом заболевания является рвота, возникающая после каждого кормления. Рвотные массы, имеющие творожистый вид, выбрасываются с большой силой в виде "фонтана" и не содержат желчи. Объем рвотных масс больше объема съеденной при последнем кормлении пищи за счет ее накопления в растянутом желудке. После кормления или при поглаживании эпигастральной области возникает видимая на глаз перистальтика желудка. У наружного края прямой мышцы живота справа можно прощупать утолщенный привратник (рис. 42).

Состояние новорожденного быстро ухудшается. Он слабо реагирует на окружающее, периодически проявляет беспокойство, с жадностью хватает соску. Выражение лица становится страдальческим. Развивается обезвоживание. Отмечается прогрессирующая потеря массы тела. При поздней диагностике масса ребенка меньше, чем при рождении. В результате недостаточного поступления пищи в кишечник появляются запоры и голодный стул – жидкий, темно-зеленого цвета, с небольшим количеством каловых масс.

Для уточнения диагноза проводятся рентгенография желудка, фиброгастроуденоскопия, УЗИ. При рентгенологическом



*Рис. 42. Пилоростеноз: а, б – гипертрофия мышц привратника; в – антиперистальтическая волна*

исследовании с контрастным веществом сразу после его приема определяются признаки сужения и деформации пилорического канала. Через 4 ч после приема в желудке остается больше половины контрастного вещества. Полного опорожнения не наступает и в более поздние сроки.

**Лечение.** Единственным эффективным методом лечения является хирургическая операция. Через 3–4 ч после операции ребенка можно начинать кормить грудным молоком по 10 мл каждые 2–3 ч. Количество молока на одно кормление постепенно увеличивают. На 4–5-й день после операции кормление соответствует возрасту.

#### Контрольные вопросы

1. Назовите отличительные признаки пилороспазма и пилоростеноза.
2. В чем заключается помощь ребенку при рвоте?