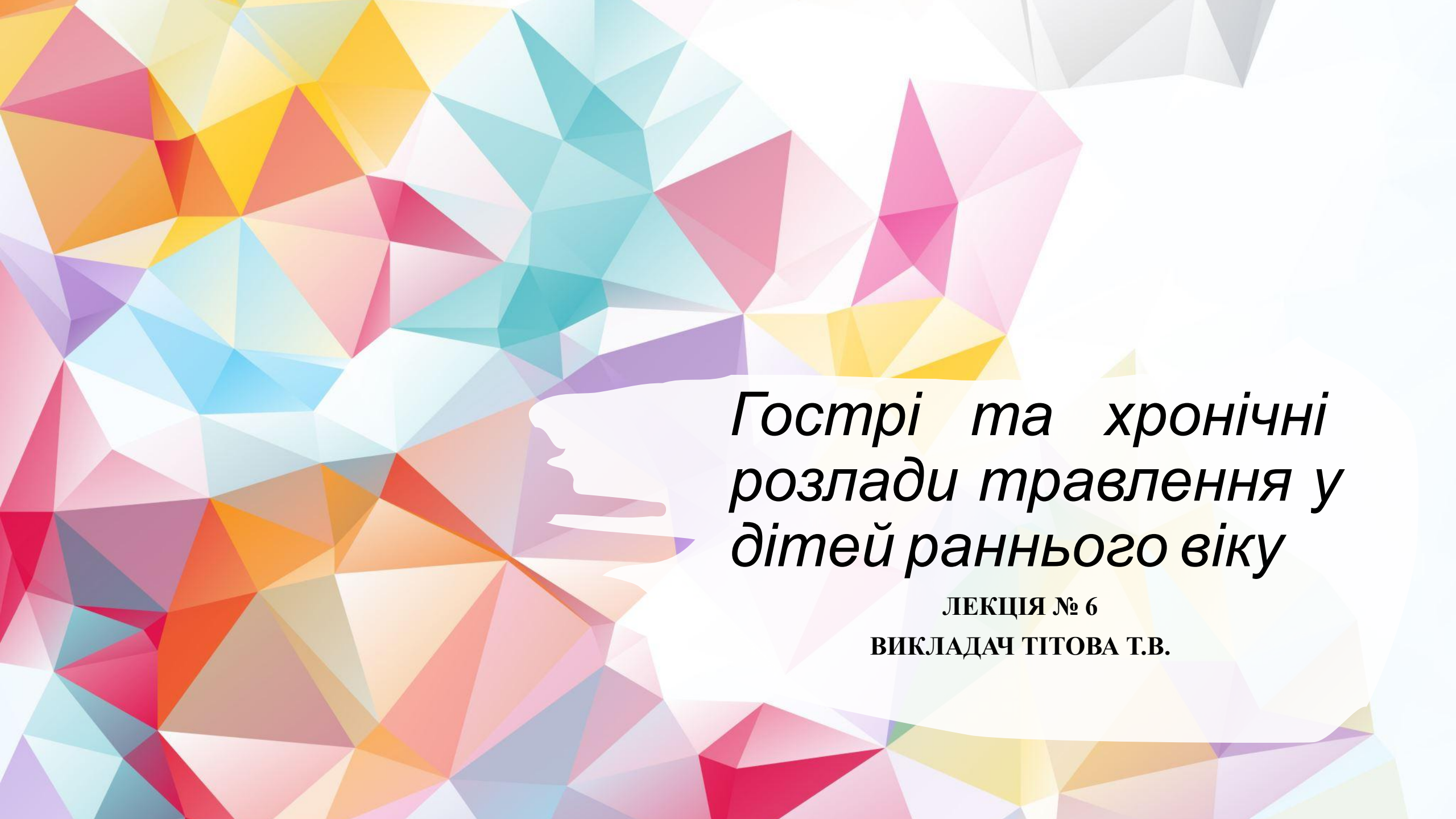




Гострі та хронічні розлади травлення у дітей раннього віку

ЛЕКЦІЯ № 6

ВИКЛАДАЧ ТІТОВА Т.В.

План лекції:

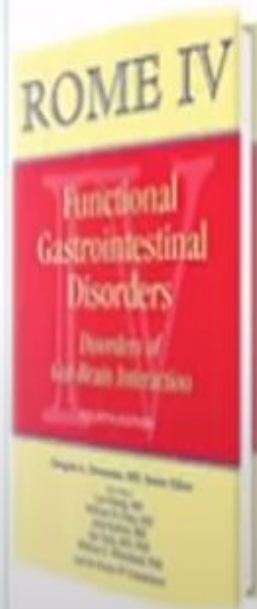
- Гострі розлади травлення :
визначення, клінічна
характеристика,
медсестринський процес,
профілактика;
- Хронічні розлади травлення –
визначення , клінічна
характеристика,
медсестринський процес.
Профілактика.



Функціональні розлади ШКТ – відповідно до прийнятої класифікації Римські критерії IV розподілено на дві групи: G та H¹



До групи G були включені ФГР, які спостерігаються у новонароджених та дітей раннього віку:



Немовлята

- ☐ G1. Регургітація немовлят
- ☐ G5. Функціональна діарея
- ☐ G2. Синдром румінації
- ☐ G6. Дихезія
- ☐ G3. Синдром циклічної блювоти (CVS)
- ☐ G7. Функціональний запор
- ☐ G4. Дитячі коліки



До групи H віднесено ФГР, які зустрічаються у дітей та підлітків

Діти / Підлітки

- ☐ H1. Блювота та аерофагія.
- ☐ H1a. Синдром румінації у підлітків
- ☐ H1b. Синдром циклічного блювання.
- ☐ H1c. Аерофагія.
- ☐ H. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:
- ☐ Діти / Підлітки
- ☐ H2. Абдомінальний біль, пов'язаний із функціональними гастродуоденальними розладами.
- ☐ H2a. Функціональна диспепсія.
- ☐ H2b. Синдром роздратованого кишечника.
- ☐ H2c. Абдомінальна мігрень.
- ☐ H2d. Дитячий функціональний абдомінальний біль.
- ☐ H2d1. Синдром дитячого функціонального абдомінального болю

Класифікація

ФГР у дітей було розподілено на дві групи: G та H. (Римські критерії IV FGID)

☑ **G.** Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади (новонароджені і діти раннього віку):

G1. Регургітація у немовлят (Infant Regurgitation або дитяча регургітація).

G2. Синдром румінації у немовлят (Infant Rumination Syndrome).

G3. Синдром циклічного блювання (Cyclic Vomiting Syndrome).

G4. Кольки у немовлят (або малюкові кольки – Infant Colic).

G5. Функціональна діарея (Functional Diarrhea).

G6. Дишезія у немовлят (дитяча дишезія – Infant Dyschezia).

G7. Функціональний закреп (Functional Constipation).

ЗІЙТИ ДРУГІЕ ВІДЕО

☑ **H.** Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади: **Діти/Підлітки**)

H1. Розлади, що супроводжуються нудотою та блюванням

H1a. Синдром циклічної блювоти (Cyclic vomiting syndrome)

H1b. Функціональна нудота та функціональне блювання (Functional nausea and functional vomiting)

H1c. Синдром румінації (Ruminationsyndrome)

H1d. Аерофагія (Aerophagia)

H2. Розлади, що супроводжуються абдомінальним болем (Functional abdominal pain disorders)

H2a. Функціональна диспепсія (Functional dyspepsia)

H2a1. Постпраніальний дистрес – синдром

H2a2 Епігастральний больовий синдром

H2b. Синдром подразненого кишечника (Irritable bowel syndrome)

H2c. Абдомінальна мігрень (Abdominal migraine)

H2d. Функціональний абдомінальний біль органонеспецифічний (Functional abdominal pain not otherwise specified)

H3. Функціональні розлади дефекації (Functional defecation disorders)

H3a. Функціональний закреп (Functional constipation)

H3b. Нетримання калу, без закрепів. (Nonretentive fecal incontinence)

Гострі розлади травлення

**Проста
диспепсія**

```
graph TD; A[Проста диспепсія] --> B[Бродильна диспепсія]; A --> C[Гнилісна диспепсія];
```

**Бродильна
диспепсія**

**Гнилісна
диспепсія**

Фактори ризику діареї у дітей

Неоптимальність
грудного
вигодовування

Якість питної води

Погані гігієна та
санітарія

Вік

Низький рівень
санітарної та
культурної обізнаності
батьків

Недоїдання

Низький рівень
вакцинації

Дефіцит
мікроелементів та
вітамінів, виснаження

Часті переміщення

Проста диспепсія

- гострий розлад травлення функціонального характеру, головними ознаками якого є блювання і рідкі випорожнення без значного порушення загального стану дитини.



Види диспепсій

Бродильна диспепсія

виникає внаслідок зловживання білками і вуглеводами (солодкі суміші, підсолоджене коров'яче молоко, багато каш) на тлі низької активності ферментів.



Гнилісна диспепсія

виникає внаслідок перегодовування білковою та жирною їжею (у великих кількостях сир, вершки, жирне жіноче молоко).

Бристольська шкала

Тип калу	Характеристики	Форма
1	Окремі жорсткі шматки, схожі на горіхи, які насилу проходять через пряму кишку	
		
2	Ковбасоподібний грудкуватий кал (діаметр більше, ніж у типу 3)	
3	Ковбасоподібний кал з поверхнею, покритою тріщинами (діаметр менше, ніж у типу 2)	
4	Ковбасоподібний або змієподібний кал із м'якою і гладкою поверхнею	
5	Кал у формі м'яких грудочок з чіткими краями, що легко проходить через пряму кишку	
		
6	Пористий, пухкий, м'який кал у формі пухнастих грудочок з рваними краями	
7	Рідкий кал без твердих шматочків або повністю рідкий	

ЕТІОЛОГІЯ

Перегодовування

Неадаптована їжа

Порушення умов
приготування їжі

Відсутність нічної
перерви в
годуванні

Швидкий перехід
до нового виду
прикорму

Переважання
одного з
інгредієнтів їжі
(білків , жирів ,
вуглеводів)

Amount	Consistency	Colour	
 1: smear	 A: watery	 I	Амстердамська шкала оцінки стільця – шкала Беккалі Для дітей раннього віку описує - кількість стільця (по 4 пунктам) - консистенцію стільця (по 4 пунктам), - колір стільця (6 категорій)
 2: up to 25%	 B: soft	 II	
 3: 25-50%	 C: formed	 III	
 4: more than 50%	 D: hard	 IV	
		 V	

Клініка

блювання 1-2 рази на добу відразу після їжі або через 15-20 хв,

зригування, зниження апетиту,

часті випорожнення 5-7 разів на добу,

у випорожненнях невелика кількість слизу, неперетравлена їжа у вигляді білих і жовтих скупчень (порубаних яєць),

температура тіла N , іноді субфебрильна,

періодично дитина буває неспокійною, плаче (кишкова колька),

живіт помірно здутий, під час пальпації м'який, визначається скупчення газів у кишках,

язик з білим нальотом, може порушуватися сон.



Лікування

розрахувати загальну кількість рідини разом з їжею, вона повинна дорівнювати 150 мл на кг маси тіла,

поїти дитину кожні 15 хв рідиною - 10-15 мл,

дозоване годування: омолоджуюча дієта, годують дітей кожні 2 години, зменшується разова кількість їжі,

до 7 дня – повний об'єм їжі, якщо всі клінічні прояви диспепсії ліквідовано.

ферментотерапія (соляна кислота з пепсином, панкреатин)

вітамінотерапія (тіамин, піридоксин, рибофлавін, нікотинова кислота, аскорбінова кислота)

I етап медсестринського процесу

Медсестринське обстеження

```
graph TD; A[Медсестринське обстеження] --- B[Скарги матері]; A --- C[Анамнестичні данні]; A --- D[Об'єктивно];
```

Скарги матері

блювання;
пронос;
слабкість;
відмова від їжі

Анамнестичні данні

неадаптована їжа;
перегодовування;
недотримання
режиму

Об'єктивно
субфебрилітет;
пронос;
блювання;
здуття живота



II етап медсестринсько го процесу

Проблеми пацієнта

- Пронос.
- Блювання.
- Відмова від груді матері.
- Зригування

III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду



IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

Взяття калу на бактеріологічний аналіз; копрограму.

Дозоване харчування.

Здійснювати догляд за дитиною під час блювання, за шкірою та слизовими оболонками.

Систематичний контроль за температурою тіла, реєстрація випорожнень.

Виконання лікарських призначень: дезінтоксикаційна терапія , ферментотерапія , вітамінотерапія , симптоматична терапія.

V етап медсестринського процесу

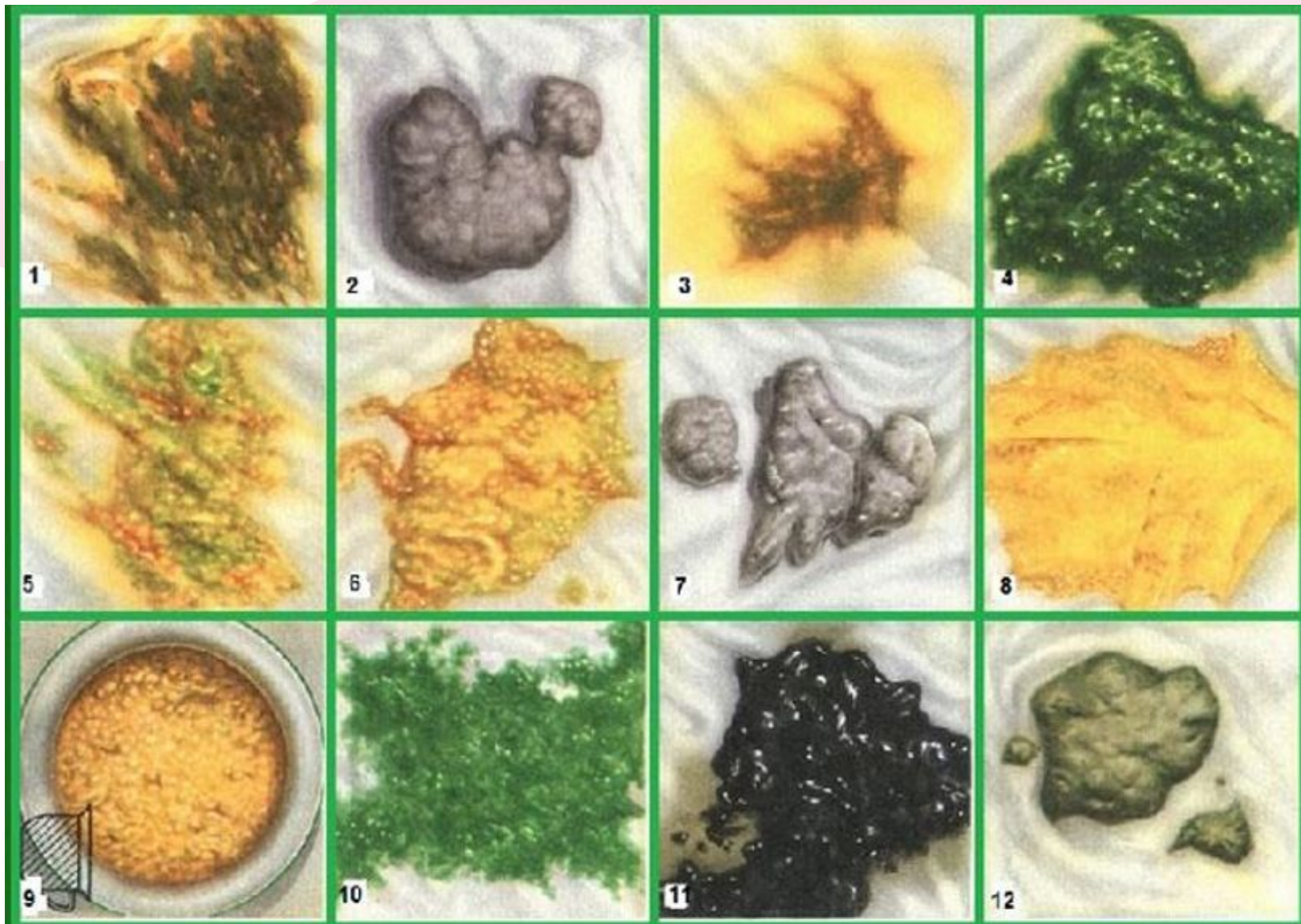
ОЦІНКА
РЕЗУЛЬТАТІВ
ТА КОРЕКЦІЯ
ДОГЛЯДУ

Зникнення
рідких
випорожнень,
блювання.

Покращання
загального
стану.

Корекція мед
сестринських
втручань
можлива при
різних
ускладненнях





1. Кал при колиэнтерите. 2. Гнилостный кал при одностороннем белковом вскармливании. 3. «Голодный» стул. 4. Меконий. 5. Кал при дизентерии. 6 и 10. Кал при алиментарной диспепсии. 7. Ахолический кал при атрезии желчных путей. 8. Мазеобразный однородный кал ребенка на грудном вскармливании. 9. Кал при кишечном инфантилизме. 11. Кал при мелене новорожденных. 12. Кал ребенка, вскармливаемого коровьим молоком.

Токсична диспепсія

Кишковий токсикоз з ексикозом – гострий розлад травлення з явищами загальної інтоксикації, порушенням водно – мінерального обміну, різкими змінами інших видів обміну, що призводить до розвитку ацидозу, патологічних змін внутрішніх органів і систем.



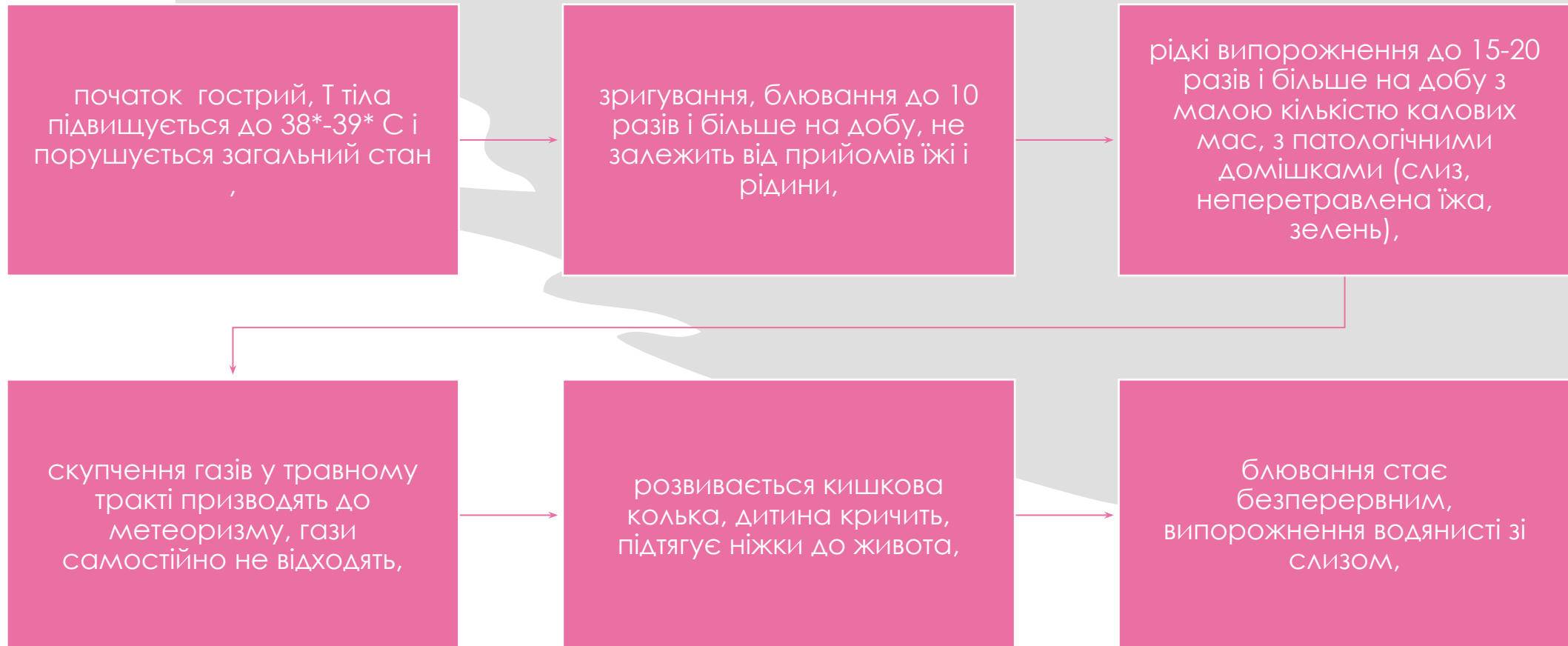
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

Ентероколітний
синдром

Синдром
токсикозу

Синдром
ексикозу

Ентероколітний синдром



Синдром токсикозу

в перші години захворювання змінюється поведінка дитини, її загальний вигляд: з'являються неспокій, блідість шкірних покривів, зниження тургору тканин, западають очі,

шкіра бліда із сіро - землистим відтінком,

на тлі загального гальмування кори головного мозку виникають симптоми збудження підкоркових центрів, стереотипні рухи пальців рук, жувальних м'язів, рух очних яблук,

рефлекси знижені, іноді зникають, відсутня больова реакція на ін'єкції,

спостерігаються клоніко - тонічні судоми,



Синдром токсикозу

симптоми порушення серцево – судинної системи: тахікардія, слабкість тонів серця, слабкість пульсу, ціаноз кінцівок, кінчика носа, кінцівки холодні, АТ спочатку підвищується, а потім різко знижується,

дихання токсичне, часте – 60 – 80 за хв., поверхневе, без пауз,

печінка збільшується, під час пальпації виникає біль, чим більше розмір печінки, тим тяжчий токсикоз,

різний ступінь порушення функції нирок, олігурія може перейти в анурію.

Синдром ексикозу

очі і велике тім'ячко
западають,

риси обличчя
загострюються,

язик сухий з білим
нальотом, слизова
оболонка порожнини
рота різко
гіперемована, суха,

склери сухі, рогівка
мутна,

тургор тканин значно
знижений,

складка шкіри на
животі збирається і не
розправляється, що
свідчить про втрату
еластичності шкіри,

з розвитком ексикозу
сечі стає мало,
кількість сечовиділень
зменшується,

втрата маси тіла за
добу до 500 – 1000 г.

Skin with decreased turgor
remains elevated after
being pulled up and
released



Ознаки зневоднення



Неприємний запах з ротової порожнини



Змінення пластичності шкіри



Втрата апетиту, закрепи



Прохолодні вологі кінцівки



Потемніння сечі



Сухість слизових оболонок

ТЕСТ:

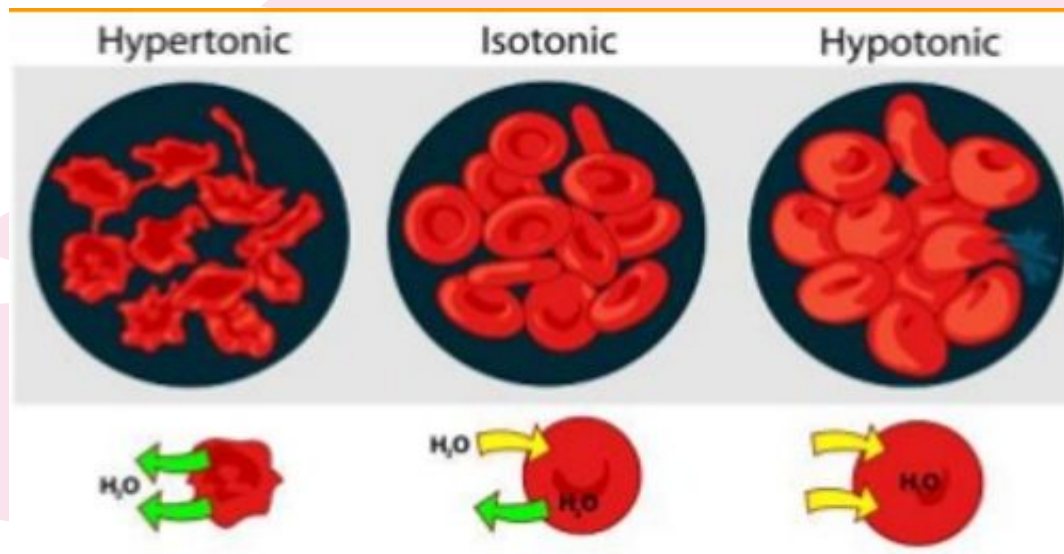
Ущипнути пацієнта за руку.
Якщо шкіра затрималась в такому положенні – дитина в стані зневоднення



СИМПТОМИ ЗНЕВОДНЕННЯ У НЕМОВЛЯТ:

- Губи , язик, шкіра, очні яблука – сухі
- Пульс частий, гіпертермія
- Відсутність сечовипускання
- Запале велике тім'ячко





Ізотонічна ($Na=135-145$ ммоль/л)

80% випадків



ДЕГІДРАТАЦІЯ

Гіпертонічна ($Na>145$ ммоль/л) 15% випадків

Гіпотонічна ($Na < 135$ ммоль/л)
5% випадків

Ізотонічний , ізонатріємічний

Втрата води

=

Втрата солей

Гіпертонічний , вододефіцитний

Втрата води

>

Втрата солей

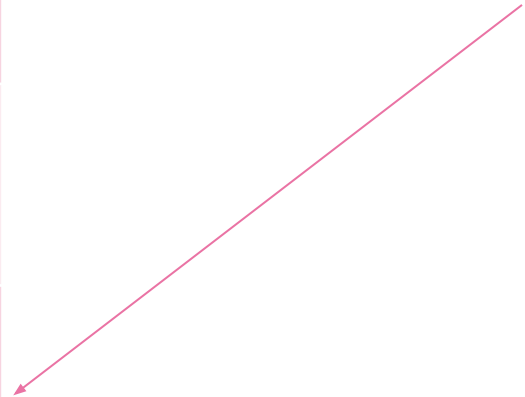
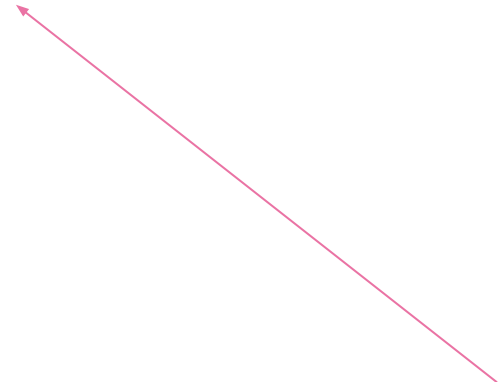
Гіпотонічний, соледефіцитний

Втрата води

<

Втрата солей

Типи
ексикозу



Потреба в рідині (мл/кг) при дегідратації:

Вік дитини	I ступінь	II ступінь	III ступінь
Новонароджені	200	250	350
До 1 року	150	170	200-220
5 років	100	150	175
10 років	80	110	130
Більше 10 років	50	75	100

Лікування

Госпіталізація дитини в інфекційне відділення та лікування в стаціонарних умовах.

Промити шлунок 1-2% розчином гідрокарбонату натрію , ізотонічним розчином натрію хлориду.

Поставити очисну клізму, після неї – лікувальну

(з антибактеріальними препаратами).

- Після промивання шлунка через зонд ввести в шлунок разову дозу антибіотика (поліміксин М)
- Розрахувати необхідний об'єм рідини (150-170 мл на кг маси тіла дитини)
- Пероральне введення рідини кожні 10 хв по 5-10мл
- Інфузійна терапія

Лікування

Дозоване годування



Антибіотикотерапія (перорально – полі міксин М сульфат 100 000 ОД на кг маси тіла, цефалоспоріни в/м або в/в)



Для лікування дисбактеріозу – біопрепарати лінекс, лактобактерін, біфідумбактерін, краплі „Хілак”



Вітамінотерапія

Four phases of intravenous fluid therapy: a conceptual model

E. A. Hoste, K. Maitland, C. S. Brudney, et al.

BJA, 2014, №9, P.1-8

Термінологія

- **Болюс рідини:** швидка інфузія для корекції гіпотензивного шоку; 500 мл за 15 хв.
- **Рідинне навантаження** під контролем: 100–200 мл за 5–10 хв. з переоцінкою до оптимізації тканинної перфузії.
- **Інфузія рідини:** тривала в/в інфузія для підтримки гомеостазу, відновлення втрат, або запобігання ушкодженню органів (напр. прегідrataція перед операцією для запобігання контрастної нефропатії).
- **Підтримка:** при неможливості ентерального прийому рідини необхідно забезпечити в/в фізіологічні потреби (не більше 1-2 мл/кг/годину), відновлення триваючих втрат.
- **Добовий баланс рідини:** різниця між прийомом та втратами рідини за добу.
- **Кумулятивний баланс рідини:** сума загального накопичення рідини за певний проміжок часу.
- **Надлишок рідини:** кумулятивний рідинний баланс у співвідношенні до вихідної маси тіла. Показник надлишку рідини 10% від маси тіла асоціюється з поганим прогнозом.

I етап медсестринського процесу

Медсестринське обстеження

```
graph TD; A[Медсестринське обстеження] --> B[Скарги матері]; A --> C[Анамнестичні данні]; A --> D[Об'єктивно];
```

Скарги матері

озноб, гарячка;
пронос;
блювання;
відмова від їжі

Анамнестичні данні

перенесена
проста диспепсія;
недотримання
санітарних умов
приготування їжі

Об'єктивно

блювання;
зневоднення;
температура до 38*С;
пронос

II етап медсестринськог о процесу

Проблеми пацієнта

- Гіпертермія.
- Блювання.
- Зневоднення.
- Пронос.
- Відмова від груді матері.





III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду

IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

Дозоване годування.

Взяття калу на бактеріологічне дослідження, на копрограму, визначення чутливості збудника.

Здійснювати догляд за дитиною під час блювання.

Систематичний контроль за температурою тіла, реєстрація випорожнень, за шкірою та слизовими оболонками.

Виконання лікарських призначень: антибактеріальна терапія, дезінтоксикаційна терапія, ферментотерапія, гормонотерапія, вітамінотерапія, симптоматична терапія.

V етап медсестринського процесу

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

Зникнення інтоксикації, покращання загального стану

Відновлення маси тіла

Корекція мед сестринських втручань можлива при різних ускладненнях: різні види ексикозу.



Ступені дегідратації у дітей

Ознака		Легка (I ст.)	Середньої важкості (II ст.)	Важка (III ст.)
Втрати маси тіла	Діти до 3-х років	3-5%	6-9%	10% і більше
	Діти 3-14 років	До 3%	До 6%	До 9%
Загальний стан		Занепокоєння	Занепокоєння або сонливість	Млявість, сонливість
Спрага		П'є жадібно	П'є жадібно	Не п'є
Велике джерельце		Не змінений	Злегка запалий	Запале
Очні яблука		Не змінено	М'які	Сильно запалі
СОПР		Волога	Злегка суха	Суха
Шкірна складка		Зникає відразу	Розправляється повільно	Може розправлятися повільно (> 2-х сек) або не

У дітей старше 1 року:

Класифікація:

- **I ступінь дегідrataції** — зменшення МТ до 3% від вихідної
- **II ступінь** — зменшення МТ до 3–6% від вихідної
- **III ступінь** — зменшення МТ до 6–9% від вихідної
- **Гіповолемічний шок** — втрата більше 12%

Найбільш достовірними клінічними ознаками зневоднення, за останніми рекомендаціями, є збільшений час наповнення капілярів, порушення тургору шкіри і патологічний тип дихання.

Рекомендації ESPGHAN (2014) пропонують наступну шкалу дегідратації.

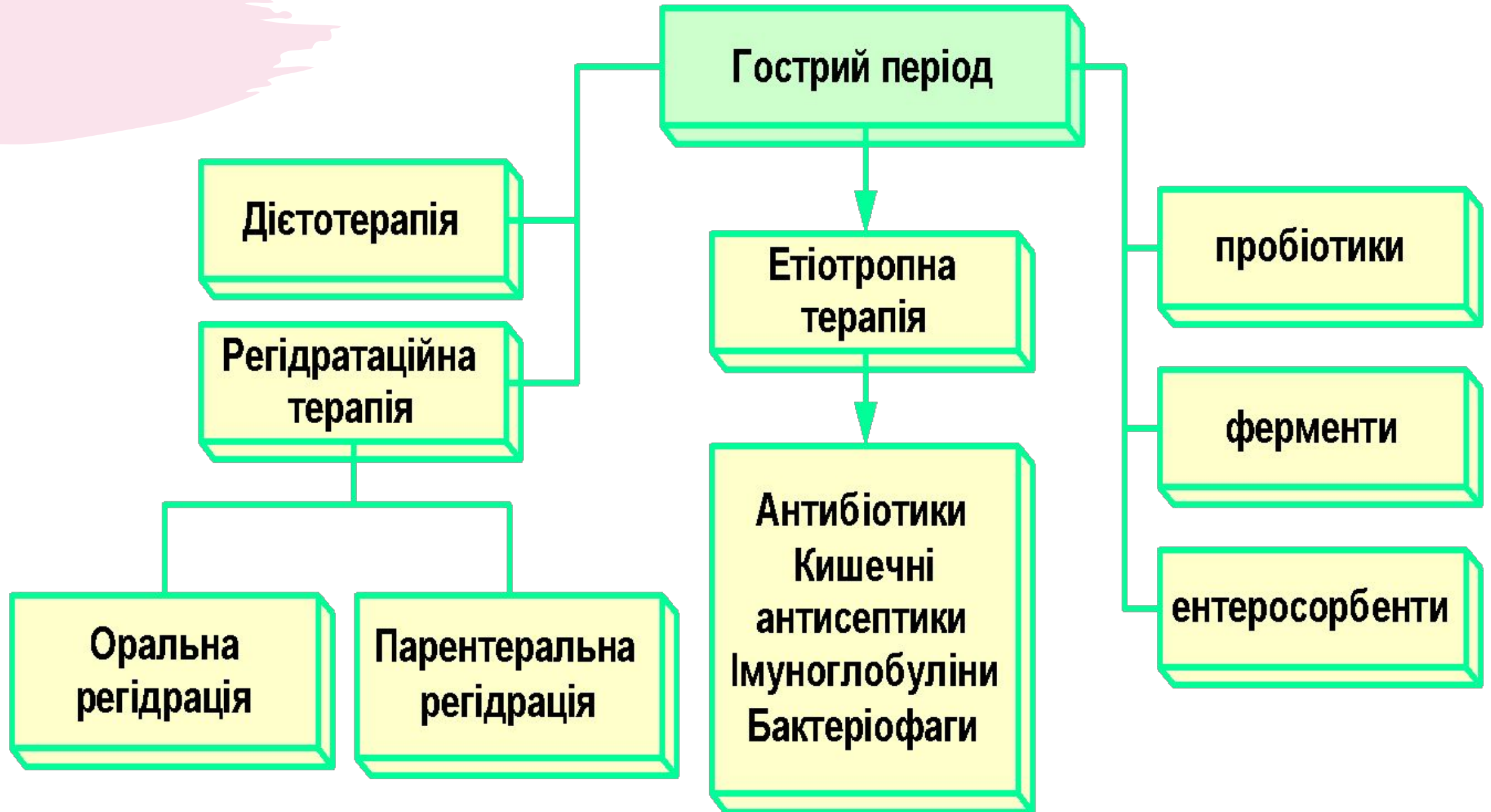
Шкала клінічної дегідратації (кількість балів від 0 до 8) за ESPGHAN*

Характеристика дитини	0 балів	1 бал	2 бали
Загальний вигляд	нормальний	спрага, дитина неспокійна або летаргічна, але збуджується при доторканні	сонливість, слабкість, коматозний стан
Очі	нормальні	злегка запалі	дуже запалі
Слизові оболонки, язик	вологі	липкі	сухі
Сльози	є	зменшення кількості сліз	сльози відсутні

* Кількість набраних балів: 0 балів — немає зневоднення; від 1 до 4 балів — помірне зневоднення; від 5 до 8 балів — значне зневоднення.

ESPGHAN - European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (Європейське товариство фахівців у галузі дитячої гастроентерології, гепатології і харчування)

ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ



Діти схожі на мішок із водою



"Babies are like bags of water"
Full-term: 75% water

Недоношені новонароджені: 83% води

Premature babies: 83% water



Особливості регуляції рідинного балансу у дітей



- Маленькі діти не можуть поскаржитись на спрагу, лише плачуть.
- У маленьких дітей обмежена здатність нирок змінювати концентрацію сечі.
- Метаболізм у дітей активніший, ніж у дорослих. Це підвищує потребу у рідині.
- Більша площа поверхні тіла відносно маси тіла, що підвищує втрати.
- Частота дихання вища, що також підвищує втрати.
- Новонароджені не можуть жити без води довше 3-4 годин.

ОРАЛЬНА РЕГІДРАТАЦІЯ

- Високоєфективний
- Простий
- Доступний, навіть у домашніх умовах
- Недорогий метод.
- Оральна регідратація найбільш ефективна при її застосуванні з перших годин від початку захворювання.
- Протипоказань до проведення оральної регідrataції не існує.



РОЗЧИНИ ДЛЯ ОРАЛЬНОЇ РЕГІДРАТАЦІЇ

• I покоління – ОРАЛІТ, ГЛЮКОСОЛАН

(до 2002 р. рекомендувала ВООЗ)

- 3,5 г NaCl,
- 1,5 г KCl
- 2,5 г соди,
- 20 г глюкози
- Осмолярність 311
мосм/л

• II покоління – РЕГІДРОН

- 3,5г NaCl,
- 2,5г KCl ,
- 2,9 г цитрату Na
- 10г глюкози
- Осмолярність 260
мосм/л

Розчин 2-го покоління- РЕГІДРОН

- Більш адаптований для дітей.
- У ньому міститься більше К, менше глюкози, сода замінена на цитрат натрію.
- За складом знаходиться **ближче до електролітного складу випорожнень дитини.**
- Більш стійкий при збереженні.



20 пакетов x 10,7 г

ORION
PHARMA

Регидрон Оптим

Порошок для приготовления раствора
для приема внутрь

Состав:

Активные вещества:

Натрия хлорид 1,3 г
Калия хлорид 0,75 г
Натрия цитрат 1,45 г
Глюкоза безводная 6,75 г

Вспомогательные вещества:

калия ацесульфам, ароматизатор лимонный.

Производитель:

Орион Корпорейшн
Орионинтие 1, 02200, Эспоо, Финляндия

10,7 г

Регидрон Оптим

Порошок для приготовления
раствора для приема внутрь

Состав: Активные вещества:
Натрия хлорид 1,3 г
Калия хлорид 0,75 г
Натрия цитрат 1,45 г
Глюкоза безводная 6,75 г

Вспомогательные вещества:

калия ацесульфам, ароматизатор лимонный.

Отпускается без рецепта врача.

Хранить при температуре от 15 °C до 25 °C.

Готовый раствор хранить в холодильнике

при температуре 2-8 °C в течение 24 часов.

Хранить в недоступном для детей месте.

Не использовать после истечения срока годности.

Инструкция к применению:

Для приема внутрь.

Порошок 1 пакетика растворить в 0,5 л кипяченой

охлажденной до комнатной температуры воды.

Готовый раствор следует принимать после еды

жидкого опорожнения, небольшими порциями.

Перед употреблением

прочитать инструкцию по применению.

ORION
PHARMA

Производитель:
Орион Корпорейшн
Орионинтие 1, 02200, Эспоо, Финляндия

10,7 г

Регидрон Оптим

Порошок для приготовления
раствора для приема внутрь

Состав: Активные вещества:
Натрия хлорид 1,3 г
Калия хлорид 0,75 г
Натрия цитрат 1,45 г
Глюкоза безводная 6,75 г

Вспомогательные вещества:

калия ацесульфам, ароматизатор лимонный.

Отпускается без рецепта врача.

Хранить при температуре от 15 °C до 25 °C.

Готовый раствор хранить в холодильнике

при температуре 2-8 °C в течение 24 часов.

Хранить в недоступном для детей месте.

Не использовать после истечения срока годности.

Инструкция к применению:

Для приема внутрь.

Порошок 1 пакетика растворить в 0,5 л кипяченой

охлажденной до комнатной температуры воды.

Готовый раствор следует принимать после еды

жидкого опорожнения, небольшими порциями.

Перед употреблением

прочитать инструкцию по применению.

ORION
PHARMA

Производитель:
Орион Корпорейшн
Орионинтие 1, 02200, Эспоо, Финляндия

Розчини IV покоління – Морквяно-рисовий відвар "ОРС 200"

- Склад: вода, морква, рис,
- глюкоза, сіль (**NaCl**), ,
- цитрат натрію (95 мг/100 мл),
- цитрат калію (66 мг/100 мл),
- лимонна кислота.
- Не містить лактозу, молочний білок і глютен.



Повноцінна регідратаційна терапія здійснюється в 2 етапи

1 - й етап –
регідратаційна терапія,
що здійснюється
протягом 4 - 6 годин для
відновлення об'єму
втраченої рідини.

2 - й етап – підтримуюча
терапія, яка проводиться
в залежності від втрат
рідини, що
продовжуються, з
блюванням і
випорожненнями.

Як правильно проводити оральну регідrataцію дітям? (ESPGHAN (2014))

Правильно	Неправильно
Дитину відпоюють поступово: По 1-2 чайній ложці кожні 5 хвилин	Швидке відпоювання з великим об'ємом розчину може викликати блювоту
У дітей раннього віку сольові розчини можна чередувати із безсольовими розчинами (неміцний чай, вода, рисовий відвар, тощо)	Давати тільки безсольові розчини
У випадку блювоти через 10-15 хвилин оральне введення рідини повторюють	Переривати регідrataцію із-за блювоти

Стартові розчини

Альбумін - підвищує онкотичний тиск
крові, ОЦК.



Реополіглюкін - поліпшує
мікроциркуляцію.



Реосорбілакт має реологічну,
протишокову, дезінтоксикаційну,
підлужнюючу дію (10 мл/кг).

Розчини, що рекомендуються для початкового етапу парентеральної регідратації

- 1. Рінгера лактат.**
- 2. Рінгера лактат з 5% декстрозою.**
- 3. Фізіологічний розчин.**

* У дітей перших 3 місяців життя фізрозчин не застосовують (велика кількість хлору та висока осмолярність)

*Розчини декстрози (глюкози) не рекомендуються для проведення невідкладної інфузійної терапії при дегідратації, оскільки вони не містять електролітів і не коригують втрати останніх та ацидоз.

Для проведення парентеральної регідратації необхідно визначити:

1. Добову потребу в рідині та електролітах.
2. Тип і ступінь дегідратації.
3. Рівень дефіциту рідини.
4. Поточні втрати рідини.

Добовий об'єм

Дієта

I ступень ексикозу	$< 1/3$ від норми
II ступень ексикозу	$< 1/2$ від норми
III ступень ексикозу	$< 2/3$ від норми

Регідратація

Ступень ексикозу	Оральна регідратація	Парентеральна регідратація
I	100%	-
II	$2/3$ V	$1/3$ V
III	$1/3$ V	$2/3$ V

Принцип розрахунку об'єму інфузійної терапії

Добовий об'єм рідини складається з дефіциту рідини до початку лікування (втрата маси тіла під час захворювання), фізіологічної потреби у рідині, поточних патологічних втрат



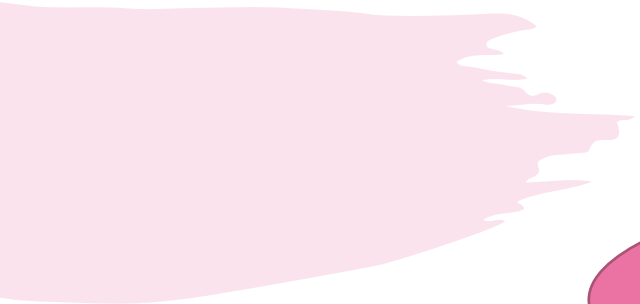
ФП – фізіологічні потреби



ДР – дефіцит рідини



ПВ – патологічні втрати



Добовий об'єм інфузії

=

Фізіологічні потреби

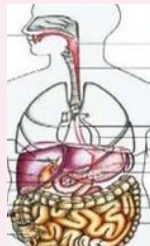
+

Патологічні втрати

+

Дефіцит рідини

Підтримання гомеостазу

Рідина спожита	=	Фізіологічні втрати	
Рідина конституціональна (ендогенна)			<u>Через шкіру та легені:</u> - Діти до року -20 -30 мл/кг - Підлітки 10 – 15 мл/кг
			<u>Втрати через ШКТ:</u> - Діти до року -25 -50 мл/кг - Підлітки 10 – 25 мл/кг
			<u>Діурез:</u> - Діти до року -50 -90 мл/кг - Підлітки 20 – 30 мл/кг

Метод *Holliday-Segar*

- Ґрунтується на розрахунках енергетичних потреб:
- На кожні 100 ккал, які витрачаються на метаболізм, потрібно 100 мл води для відновлення втрат.

Метод Holiday Segar

- Визначення фізіологічних потреб

Маса	Добова потреба
1 – 10 кг	100 мл/кг
10,1 – 20 кг	1000 мл + 50 мл/кг на кожний кілограм понад 10 кг
більше 20 кг	1500 мл + 20 мл/кг на кожний кілограм понад 20 кг

Приклад розрахунку потреби в рідині по методу Holiday-Segar – у дитини з масою тіла 28 кг добова фізіологічна потреба в рідині складає: $(100 \text{ мл} \times 10 \text{ кг}) + (50 \text{ мл} \times 10 \text{ кг}) + (20 \text{ мл} \times 8 \text{ кг}) = 1660 \text{ мл/сут.}$

Не більше, ніж 2400 мл/добу

Дефіцит рідини

Розрахунок потреб у рідині в залежності від ступіню обезводнення визначається по клінічних ознаках або по % втрати маси тіла:

1% дегідратації = 10 мл/кг

1 кг втрати маси = 1 літру

Отже, при 1 ступеню ексикозу (5% втрати маси тіла) на дефіцит необхідно ввести додатково до добової фізіологічної потреби 50 мл/кг/добу; при 2 ст. (10% втрати маси) – 100 мл/кг/добу.

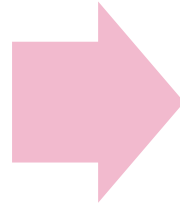


Поточні патологічні втрати

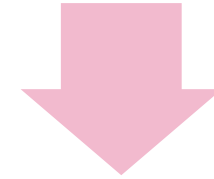
Визначають шляхом зважування сухих і використаних пелюшок, памперсів і визначенням кількості блювотних мас або за допомогою розрахунків, запропонованих Є.Ю. Вельтищевим:

- 10 мл/кг за добу на кожний градус t тіла понад 37°C ;
- 20 мл/кг за добу при блюванні;
- 25-50-75 мл/кг за добу при діареї;
- 20-40 мл/кг за добу при парезі кишечника ;
- 50 мл/кг за добу на діурез(30 мл при олігурії)
- 30 мл/кг за добу на втрати з перспірацією.

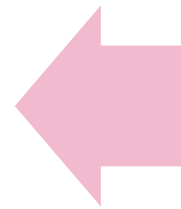
Розрахований об'єм рідини вводять протягом доби.



Рідину вводять парентерально протягом 4-8 годин, повторюючи інфузію при необхідності через 12 годин.



Об'єм, що залишився вводять перорально



Відповідно цьому пацієнт отримує ту частину розрахованого добового об'єму рідини, яка відводиться на цей відрізок часу ($\frac{1}{6}$ добового об'єму на 4 години, $\frac{1}{3}$ – на 8 годин).

Дитині 5 міс. Мнар=3000 г. Т тіла - 38,5*С. Блювання, діарея, втратила за добу 500г.

Розрахувати об'єм інфузійної терапії.

- М до захворюєв.=3000+800x5=7000г
- ФактМ=7000-500=6500г
- 7000 г – 100%

500 г – x% x=7% , ексікоз II ступеня

4. Фізіологічні потреби:

$$100 \text{ мл} \times 6,5 \text{ кг} = 650 \text{ мл}$$

5. Дефіцит рідини

$$6,5 \text{ кг} \times 10 \text{ мл} \times 7\% = 455 \text{ мл}$$

6. Патологічні втрати

Т тіла: $(38,5 - 37^{\circ}\text{C}) \times 10 \text{ мл} \times 6,5 \text{ кг} = 97,5 \text{ мл}$

Блювання: $20 \text{ мл} \times 6,5 \text{ кг} = 130 \text{ мл}$

Діарея: $50 \text{ мл} \times 6,5 \text{ кг} = 325 \text{ мл}$

Діурез : $50 \text{ мл} \times 6,5 \text{ кг} = 325 \text{ мл}$

Дихання: $30 \text{ мл} \times 6,5 \text{ кг} = 195 \text{ мл}$

Взаг. рідини = ФП + ДР + ПВ

Взаг. рідини = $650 + 455 + 1072,5 = 2177,5 \text{ мл.}$

Регідратаційна терапія відповідно до типу зневоднення

При виборі розчинів та їх співвідношень для проведення регідратаційної терапії необхідно враховувати тип зневоднення. Розрізняють 3 типи зневоднення: ізотонічний, гіпертонічний (вододефіцитний) та гіпотонічний (соледефіцитний).

Контролем правильності регідратаційної терапії є частота пульсу, частота дихання, динаміка маси тіла та діурезу

Під час вибору розчину для інфузійної терапії слід в першу чергу орієнтуватися на розподіл його в рідинних секторах організму

Внутрішньо судинний	Інтерстиціальний	Внутрішньо клітинний
Колоїди		
Сольові розчини		
Розчин глюкози (вільна вода)		



Кровозамінні розчини

- Лікувальні розчини, які при в/в введенні можуть замінити лікувальну дію донорської крові або її компонентів

Класифікація кровозамінників за механізмом лікувальної дії

- **Гемодинамічні кровозамінники**

- желатин

- декстран

- гідроксіетилкрохмаль

- поліетіленгліколь

- **Дезінтоксикаційні кровозамінники**

- низькомолекулярний полівінілпірролідон

- низькомолекулярний полівініловий спирт

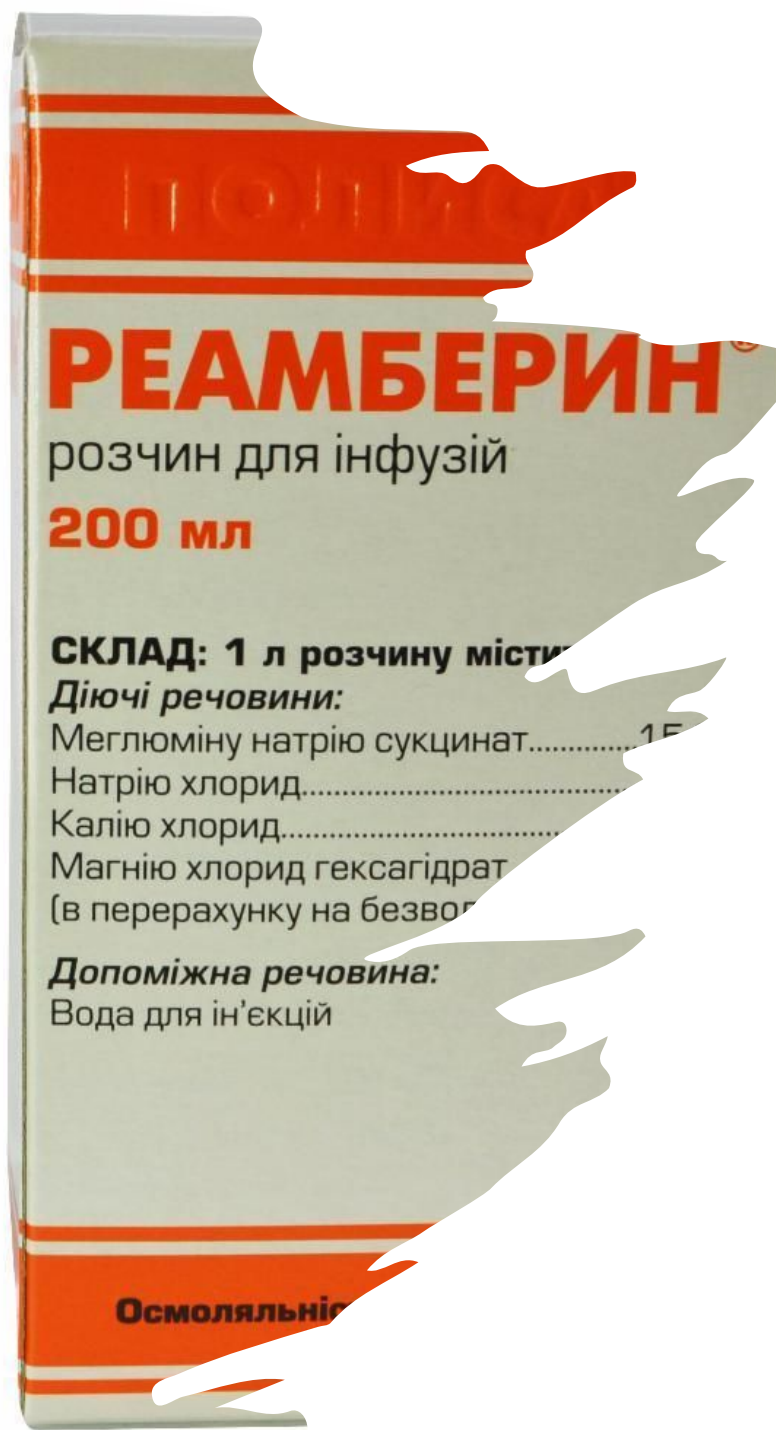
- **Препарати для парентерального харчування**

- білкові гідролізати
- суміші амінокислот
- жирові емульсії
- вуглеводи і спирти

- **Регулятори водно – сольового та кислотного – лужного стану**

- сольові розчини
- осмодіуретики





- Кровозамінники з функцією переносу кисню
 - розчини гемоглобіну
 - емульсії перфторвуглеводів
- Інфузійні антигіпоксанти
 - розчини фумарату
 - розчини сукцинату
- Кровозамінники комплексної дії

Кристалοїдні розчини

- Група включає розчини електролітів та глюкози

Показання до застосування:

- поповнення об'єму позаклітинної рідини
- підтримання об'єму позаклітинної рідини
- лікування помірної гіповолемії (поповнення ОЦК)



Склад сольових розчинів

	Na	K	Ca	Mg	Cl	HCO ₃	лактат	ацетат	мосм/ л
NaCl 0,9%	154				154				308
Р-р Рингера	140	4	6		150				300
Рингер-лактат	139,5	4	1,5	1	115	3,5	30		294,5
хлосоль	124	23			105			42	294
ацесоль	110	13			99			24	246
ионостерил	137	4	1,65	1,25	110			36,8	291
квинтасоль	140	5	2,5	1,5	103,3			50	
дисоль	127				103				
трисоль	97	13			98	12			
Р-р дарроу	121	36			104		53		
стерофундин	140	4	2,5	1	127			24	304



Розчин Рінгера

- Містить іони Na , K , Ca , Cl
- Показання:
 - втрати води і електролітів
 - ізотонічна дегідратація без ацидозу
 - розведення лікарських засобів
- Протипоказання:
 - гіпертонічна гіпергідратація
 - гіпернатріємія
 - гіперхлоремія
 - гіперкальціємія

Вводиться внутрішньовенно

Розчин Рінгера – ацетат

- Містить ізотонічний та ізоіонний електролітний розчин
- Показання:
 - втрати води і електролітів
 - ізотонічна дегідратація
 - розведення лікарських засобів
- Протипоказання:
 - гіпертонічна гіпергідратація
 - алкалоз
 - гіпернатріємія
 - гіперхлоремія
 - гіперкальціємія
- Вводиться внутрішньовенно

Розчин натрію хлориду 0,9%

- **Містить іони Na та Cl**

- **Показання:**

гіпотонічна дегідратація

-забезпечення потреби організму в Na та Cl

-гіпохлоремічний метаболічний алкалоз

-гіперкальціємія

-розведення лікарських засобів

-отримання компонентів крові

- **Протипоказання:**

-гіпертонічна дегідратація

-гіпернатріємія

-гіперхлоремія

-гіпокаліємія

-гіпоглікемія

Вводиться внутрішньовенно



Колоїдні розчини

- **Синтетичні**
 - декстри
 - похідні желатину
 - похідні гідроксиетилкрохмалю
- **Природні**
 - альбумін





ГЕК

- Високомолекулярні крохмалі.
- Препарати: Hespen,
- Plasmasteril, Stabizol.
- Підсилюють кровоточивість, потенціюють нефротоксичність аміноглікозидів.

Декстран, реополіглюкін (реомакродекс)

- Збільшують ОЦК
- Покращують мікроциркуляцію
- **Побічні ефекти :**
 - -Підвищена кровоточивість
 - -Анафілактичні реакції
 - - Провокує на ГНН



Похідні желатину

- **Препарати:**

- гелофузін, Physiogel Plasmion
Geoloplasma
- При введенні можуть виникати
алергічні реакції, впливає на
фактори згортання



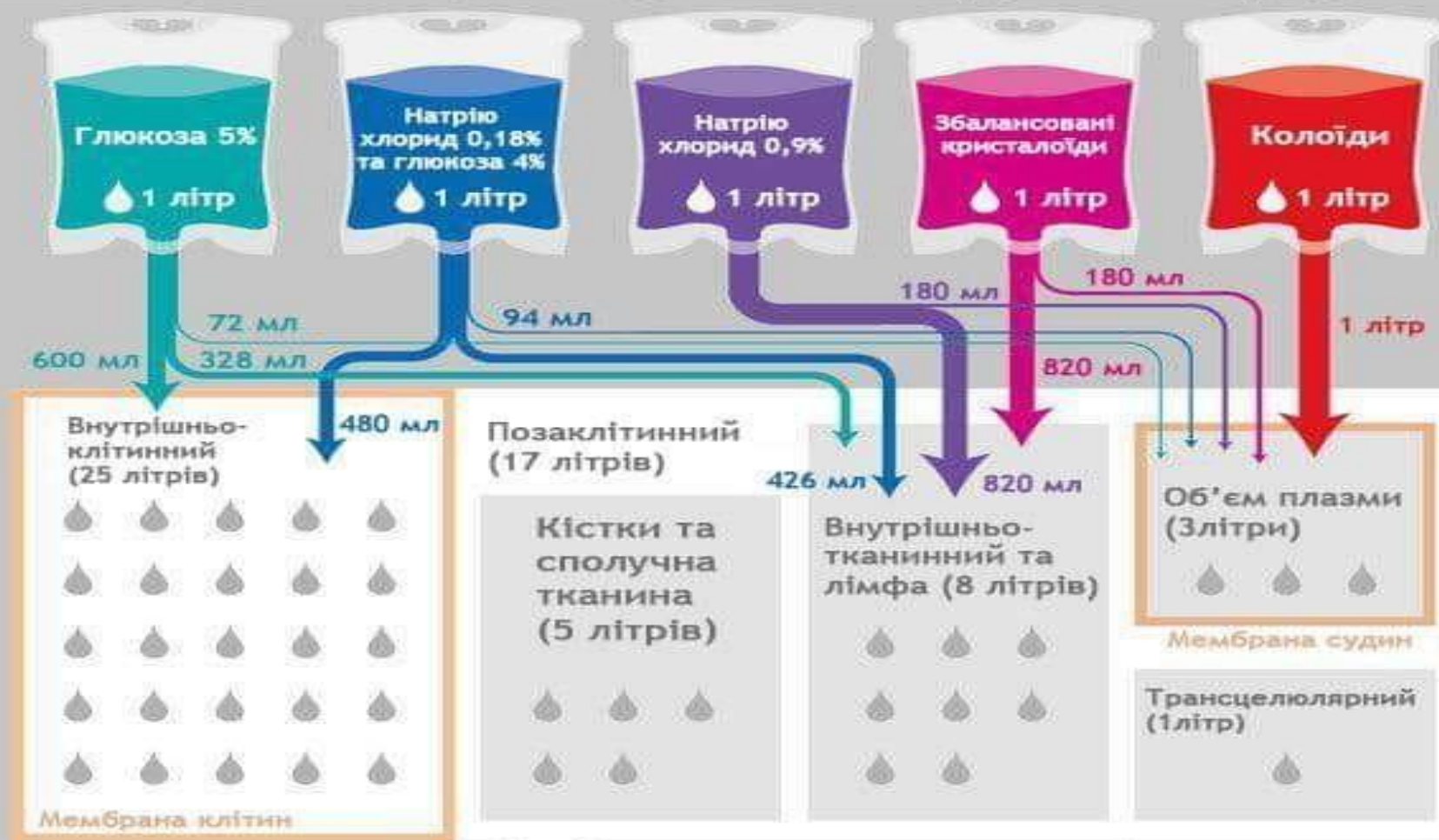


Альбумін

- Ізоонкотичний 5% гіперонкотичні 10% та 20% розчини
- **Показання:**
- Гостра масивна крововтрата, гіповолемія, шок



Теоретичне розподілення інфузійних рідин



Людина 70 кг
42 літри загальна кількість рідини

👉 = 1 літр

Електролітний склад деяких трансцелюлярних рідин

	Na ⁺	K ⁺	Cl ⁻	HCO ₃ ²⁻
Піт	65	8	39	16
Шлунковий сік	20–100	5–10	120–160	0
Жовч	150	5–10	40–80	20–40
Кишківник	140	5	105	40

Переклад: Бортнік Дмитро

ПРИНЦИПИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Шлях введення препаратів залежить від тяжкості стану хворого:

Легкий - per os;

Середній –
per os + в/м
(в/в→per os)

Тяжкий – per os + в/в.

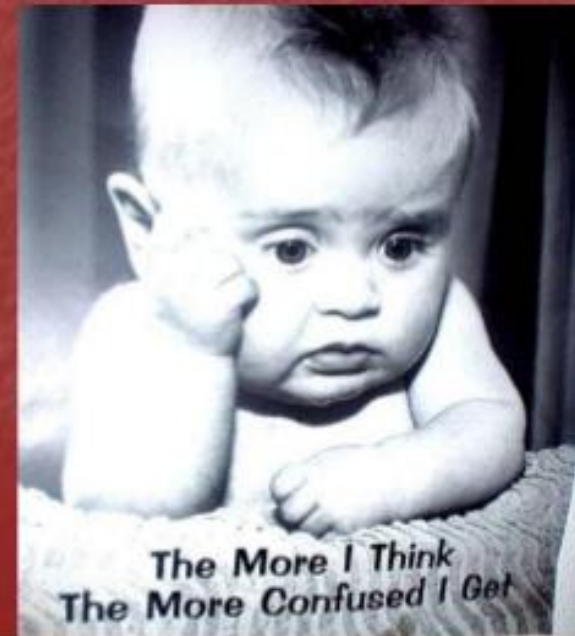
Застосовувати в дітей найбільш безпечні препарати.

Уникати призначення антибактеріальних препаратів з профілактичною метою.

Діти розумніші за дорослих!

Вік	Маса тіла	Маса мозку (% від маси тіла)
Новонароджені	3-4 кг	380-400 г (10%)
1 рік	10 кг	800 г (8%)
7-10 років	25-30 кг	1250-1300 г (5-3%)
Дорослі	50-70 кг	1200-1400 г Жінки (2,5%) Чоловіки (2%)

- Відносно великий мозок знаходиться у відносно малому черепі! Тому мозок швидше набрякає!



Осмотіуретики

- Маннітол 20%
- **Показання:**

Осмотерапія при набряках,
функціональній нирковій недостатності.

Вводять внутрішньовенно



Дієта BRATT

- В - банани
- R - рис
- А - яблучне пюре (термічно оброблене)
- Т - тост (підсушений білий хліб)
- Т - чай (чорний або трав'яний)





Пілороспазм, пілоростеноз

- **Пілороспазм**- стан дитини, який розвивається в зв'язку зі спазмами м'язів воротаря.
- **Пілоростеноз** – вада розвитку, коли через потовщення м'язового шару воротаря і звуження просвіту значно утруднюється проходження їжі з шлунка в кишки.

ПІЛОРΟΣΠАЗΜ

Клініка

Характерно з'явлення з моменту народження зригувань і блювання, які можуть бути нерегулярними, їжа викидається невеликими порціями, іноді з домішками жовчі. Загальний стан дитини не змінюється, маса тіла не збільшується, відмічається схильність до закрепів



ПІЛОРΟΣΠАЗ М

Лікування

Зменшують кількість молока на одне годування і збільшують частоту годувань.

З метою зняття спазму воротаря призначають атропін, аміназин в краплях перорально за 20-30 хвилин до їжі.

Гірчичники на ділянку шлунка (перед годуванням).

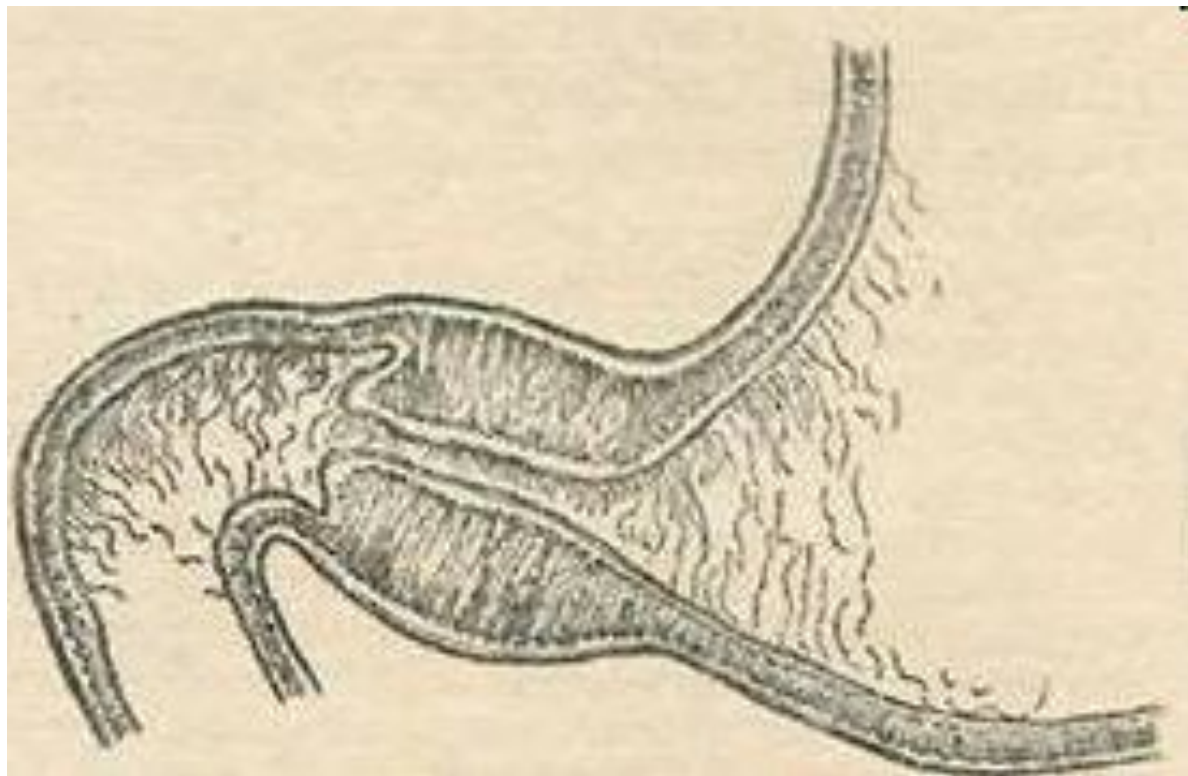
ПІЛОРОСТЕНО 3

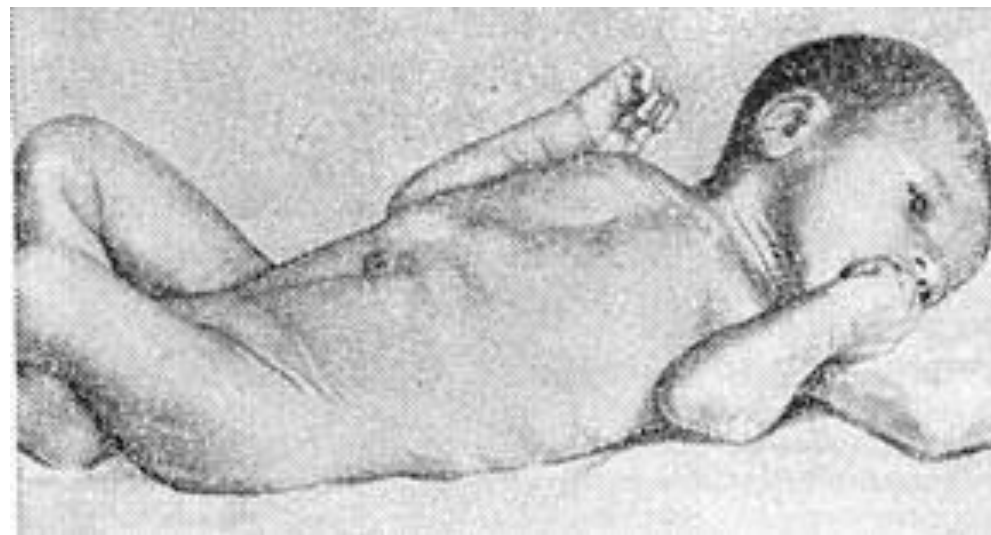
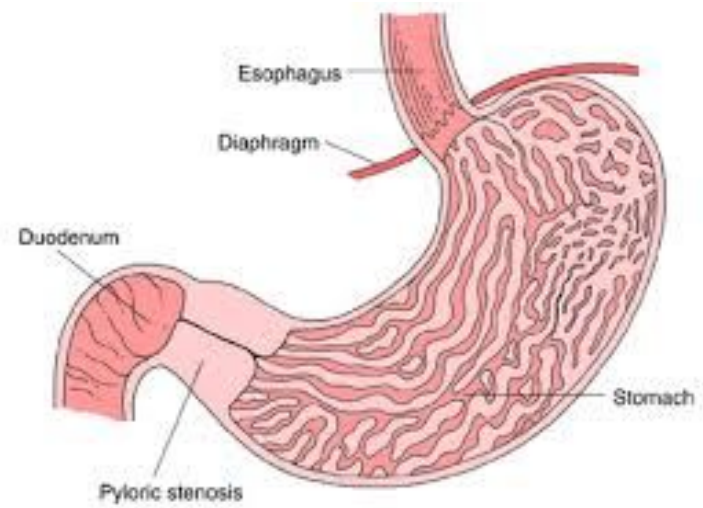
Починається на 3- 4 тижні життя. Їжа затримується в шлунку, змішується з тією, що надходить при наступному годуванні. Блювотні маси викидаються фонтаном, кількість їх перевищує об'єм одноразового годування. Втрачаються рідина, соляна кислота, калій. Розвиваються зневоднення, виснаження. При огляді живота - перистальтика шлунку (пісковий годинник). При пальпації -потовщений воротар.

Діагноз підтверджується під час рентгеноскопії травного каналу затримкою зависі барію сульфату в шлунку протягом 1 доби і більше.

Лікування - Оперативне , передбачає поздовжнє розсікання серозно- м'язового шару воротаря.

Пілоростеноз

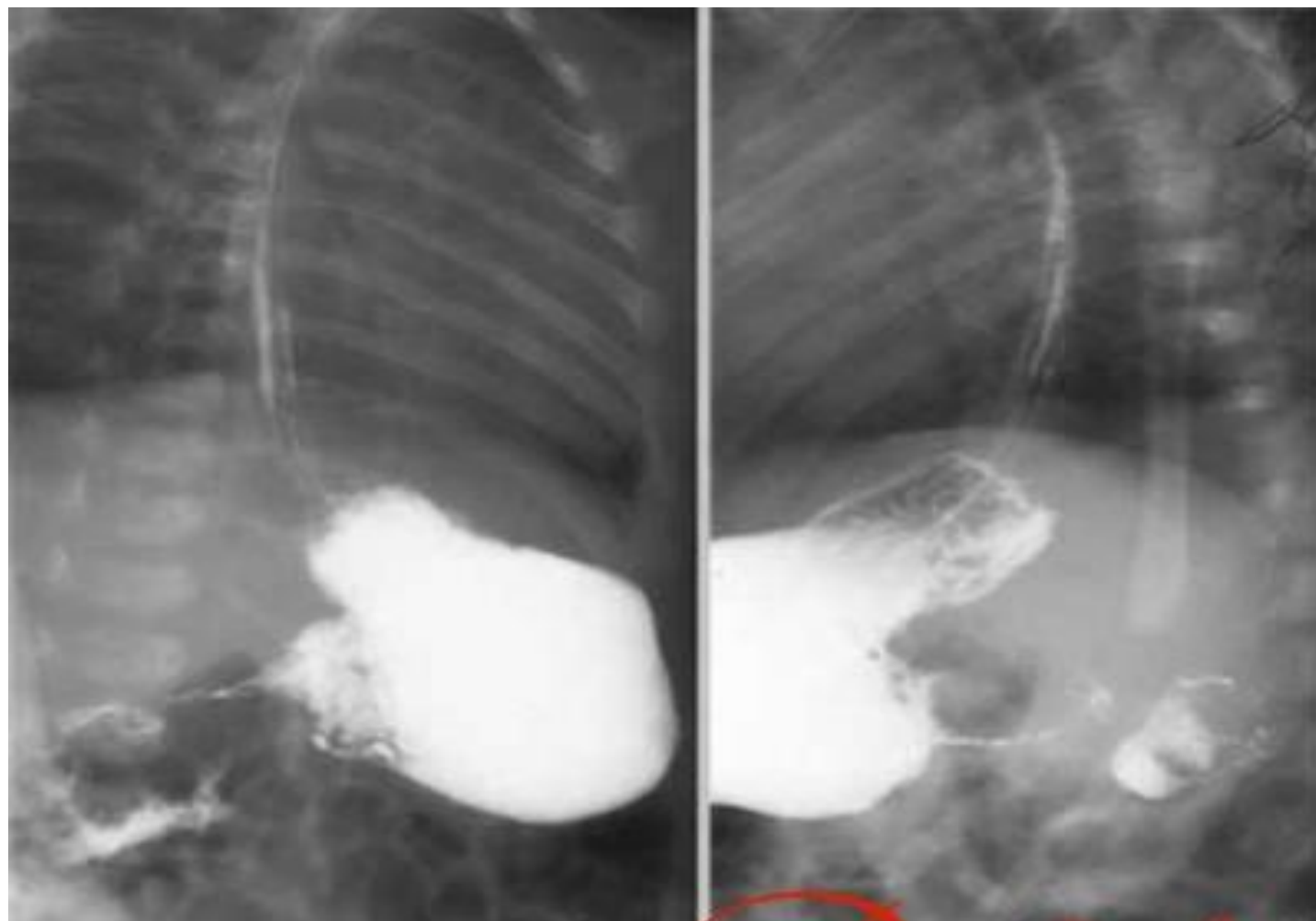




MyShared



Пілоростеноз



Пілоростеноз

- <https://www.uptodate.com/contents/infantile-hypertrophic-pyloric-stenosis?search>

2 – 3,5 випадки на 1000 дітей, частіше хлопчики

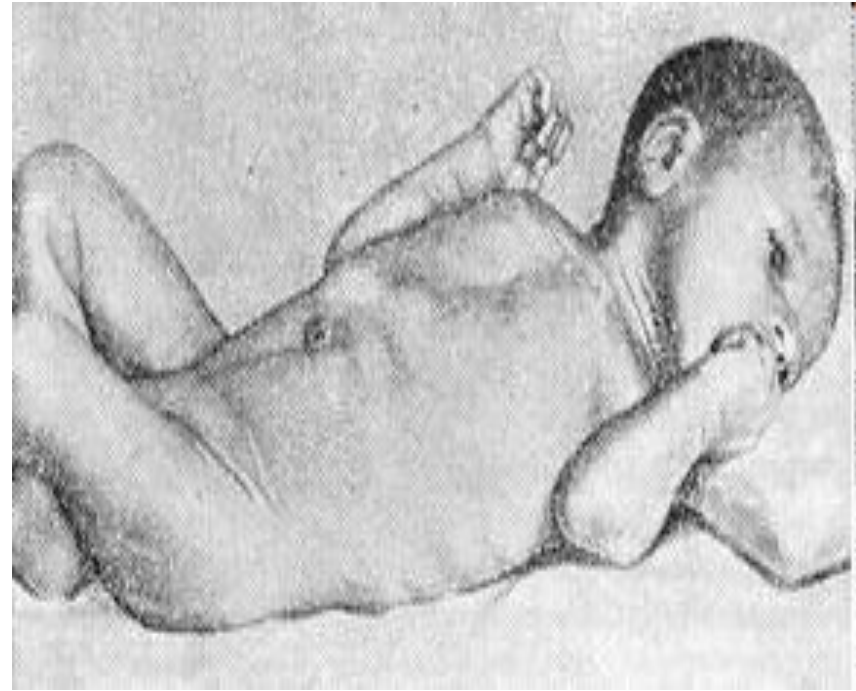
Вік 3 – 6 тижнів

Сильне блювання, «голодне» блювання (голодна дитина одразу після блювання)

Зневоднення, втрата ваги

Діагностика – УЗД

Клініка



Симптом "пісковий годинник "

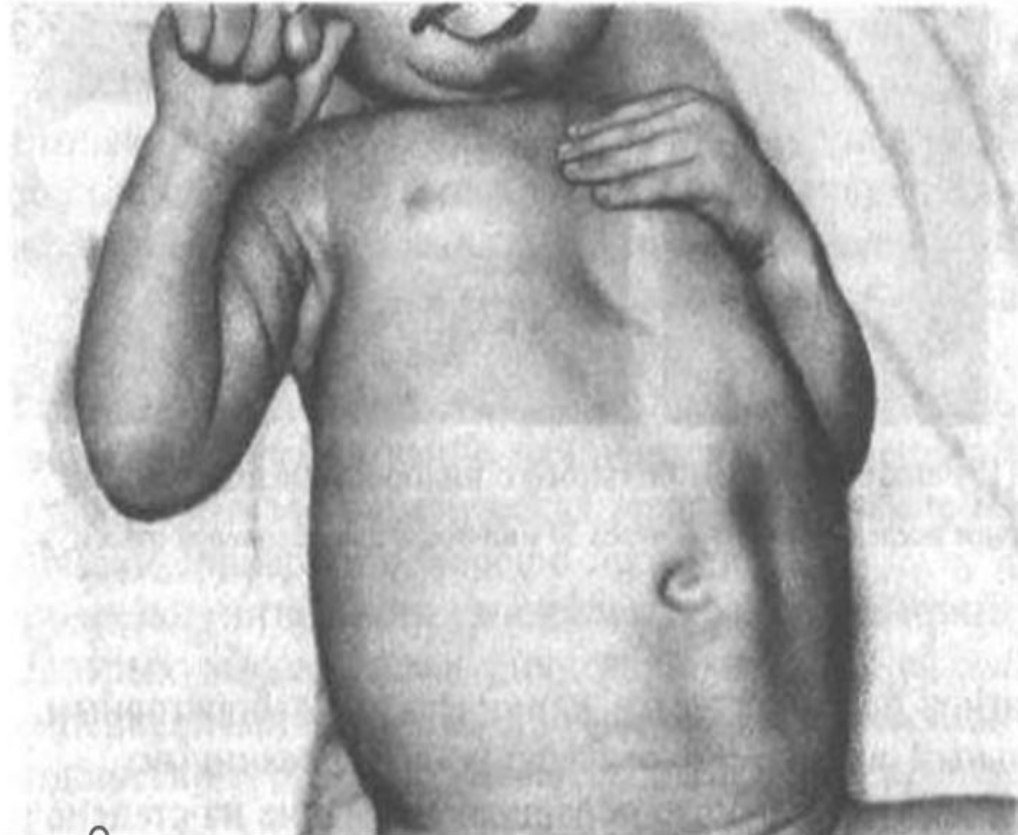
Диференціальна діагностика

ПІЛОРОСТЕНОЗ	ПІЛОРОСПАЗМ
Блювання	
З 2-3 тижнів, «фонтаном», постійне, більше об'єму останнього годування	З народження, часте, коливання по дням, нерясне, менше об'єму останнього годування
Система травлення	
Майже завжди закріп, темно – зеленого кольору, перистальтика часта «пісковий годинник»	Закріп рідко, іноді рідкий стілець, перистальтика рідко
Зневоднення	
Шкіра різко бліда, морщинки на лобі, сечовипускання рідке (біля 6), сеча концентрована, з різким запахом	Шкіра без змін, кількість сечовипускань біля 10
Маса тіла	
Різко знижується, при надходженні в стаціонар менше, ніж при народженні	Мало змінюється або повільно зменшується, при надходженні в стаціонар більше, ніж при народженні

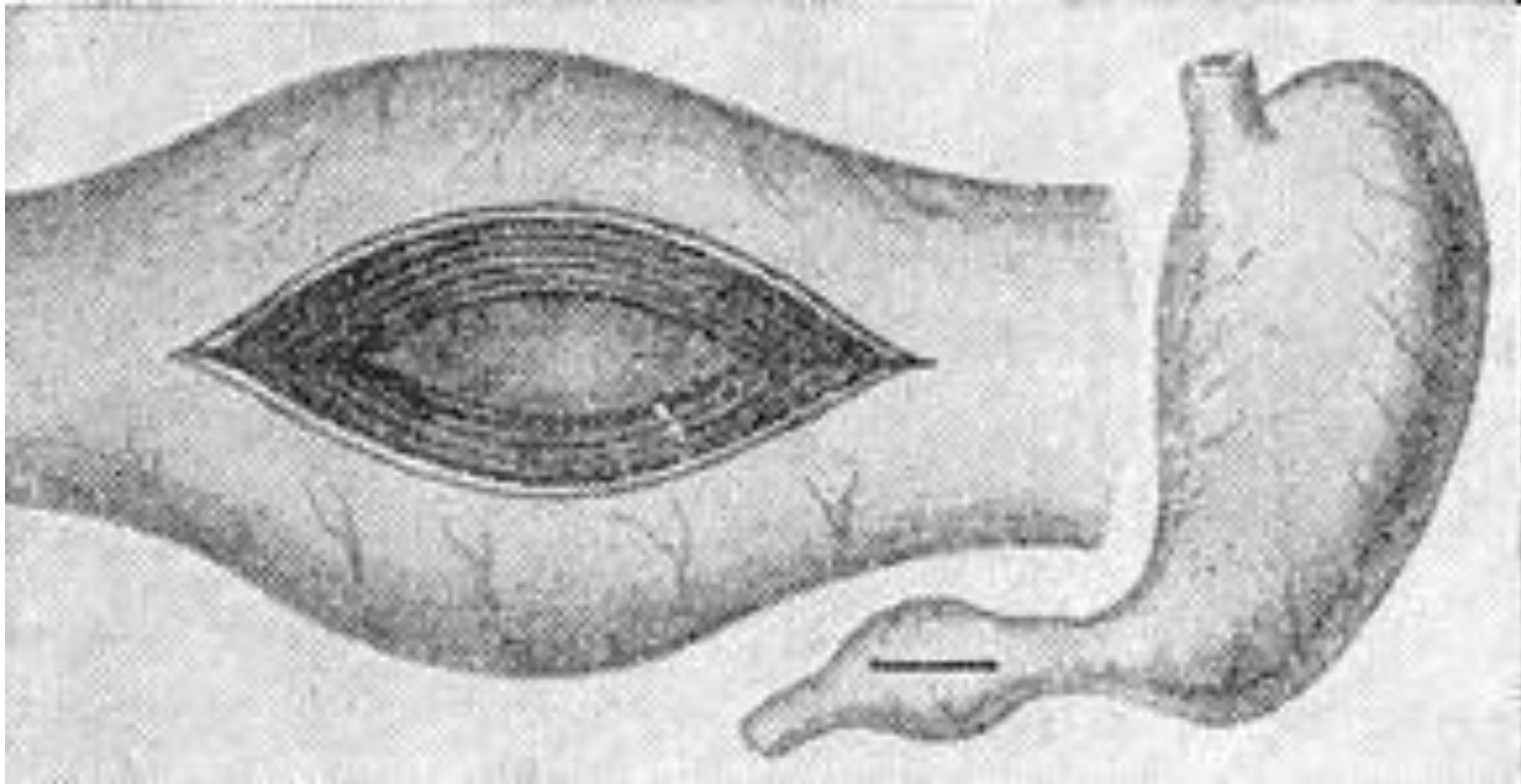
Диференціальна діагностика

Пілоростеноз	Пілороспазм
Стан дитини	
Дитина спокійна, рідко збуджена	Дитина криклива, часто неспокійна, збуджена
	

Симптом «піскового годинника»



Лікування



- Оперативне , передбачає поздовжнє розсікання серозно - м'язового шару воротаря





Дистрофія

Гіпотрофія

Гіпостатура

Паратрофія



Гіпотрофія

- хронічний розлад травлення у дітей раннього віку, головною ознакою якого є зупинка або сповільнення наростання маси тіла дитини, при цьому може спостерігатися порушення пропорцій тіла, функцій травлення, обміну речовин, зниження імунітету, затримка фізичного і нервово-психічного розвитку.



ШИФР МКБ-10 E 40 - E 46

Гіпотрофія: пренатальна, постнатальна)

- **Шифр E 43 – Важка білково-енергетична недостатність не уточнена**
- Шифр E 44 – Білково-енергетична недостатність помірного і легкого ступеню
- Шифр E 45 - Затримка розвитку, що зумовлено білково-енергетичною недостатністю
 - аліментарна
 - низькорослість (карликовість)
 - затримання росту
 - затримка фізичного розвитку внаслідок недостатності харчування
- Шифр E 46 – Білково-енергетична недостатність не уточнена



- **II. Критерії діагностики**

- 1. Основні клінічні критерії**

- Оцінка фізичного статусу (відповідність віковим стандартам ваги, зросту тощо)
 - Оцінка соматичного і емоційного стану (жвавість, реакція на оточення, захворюваність тощо)
 - Оцінка шкірних покривів (блідість, сухість, наявність висипу тощо)
 - Оцінка стану слизових оболонок (наявність афт, молочниці і інше).
 - Оцінка тургора тканин (знижений)
 - Оцінка підшкірного жирового шару (зменшений або відсутній):
 - при гіпотрофії I ступеню – зменшення на животі
 - при гіпотрофії II ступеню – зменшення на животі, тулубі і кінцівках
 - при гіпотрофії III ступеню - зменшення на обличчі, животі, тулубі і кінцівках



Класифікація

I ступень –
дефіцит маси
тіла 11 – 20 %

II ступень –
дефіцит маси
тіла 21 – 30%

III ступень –
дефіцит маси
тіла більше 30%



Етіологія

Пренатальні фактори (чинники)

- недостатнє харчування і захворювання матері (в ранніх термінах вагітності — гестоз;
- в пізніх термінах — патологія плаценти з порушенням матково-плацентарного кровообігу і внутрішньоутробною гіпоксією плода, професійні шкідливості, стреси, шкідливі звички,
- Внутрішньоутробні інфекції.

Екзогенні чинники:

- аліментарні фактори:
- кількісне недогодовування:
- при гіпогалакції; при ускладненнях вигодовування грудьми матері — плоский, плоский, втягнутий сосок, «туга» молочна залоза;
- при ускладненнях вигодовування з боку дитини — відрижки, блювання, маленька нижня щелепа, коротка вуздечка язика та ін.;
- якісне недогодовування:
- Використання невідповідної віку дитини суміші; пізнє введення прикормів; бідність добового раціону тваринними білками, жирами, вітамінами, залізом, мікроелементами;





Клінічна картина

- Провідними клінічними симптомами при гіпотрофії є уповільнення наростання, зупинка набавки або зниження маси тіла.
- При гіпотрофії I ступеня загальний стан дитини залишається задовільним, забарвлення шкірних покривів трохи бліде, зменшується підшкірний жировий шар, дещо знижується пружність шкіри.

При гіпотрофії II ступеня

поряд з відставанням в масі тіла відбувається відставання в рості (від 2 до 3-4 см);

підшкірний жировий шар зникає на тулубі та кінцівках;

шкіра втрачає еластичність, стає сухою, легко збирається в складки, на окремих її ділянках може бути лущення, пігментація;

волосся стає більш жорсткими і рідким;

тургор тканин значно знижується;

розвивається м'язова гіпотонія.





Для гіпотрофії III ступеня,

крім більш різкого виснаження, характерні порушення діяльності ряду органів і систем;

очі западають, обличчя набуває старечий вид, зморшкувате;

шкіра суха, лущиться, з пігментацією, легко збирається в складку і довго не розправляється;

слизові оболонки сухі, яскраві, легко ранимі, що часто призводить до розвитку молочниці, стоматиту.

Клінічні особливості різних форм гіпотрофії у дітей

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

ЗАПОР

Значний час
транзиту
(100 год)

Тип 1



Окремі тверді грудочки, як горіхи, важко просуваються

Тип 2



У формі ковбаски, але грудкуватої

Тип 3



У формі ковбаски, але з ребристою поверхнею

Тип 4



У формі ковбаски або змії, гладенькі та м'які

Тип 5



М'які маленькі кульки з рівними краями

Тип 6



Пухкі частки з нерівними краями, кашкоподібні випорожнення

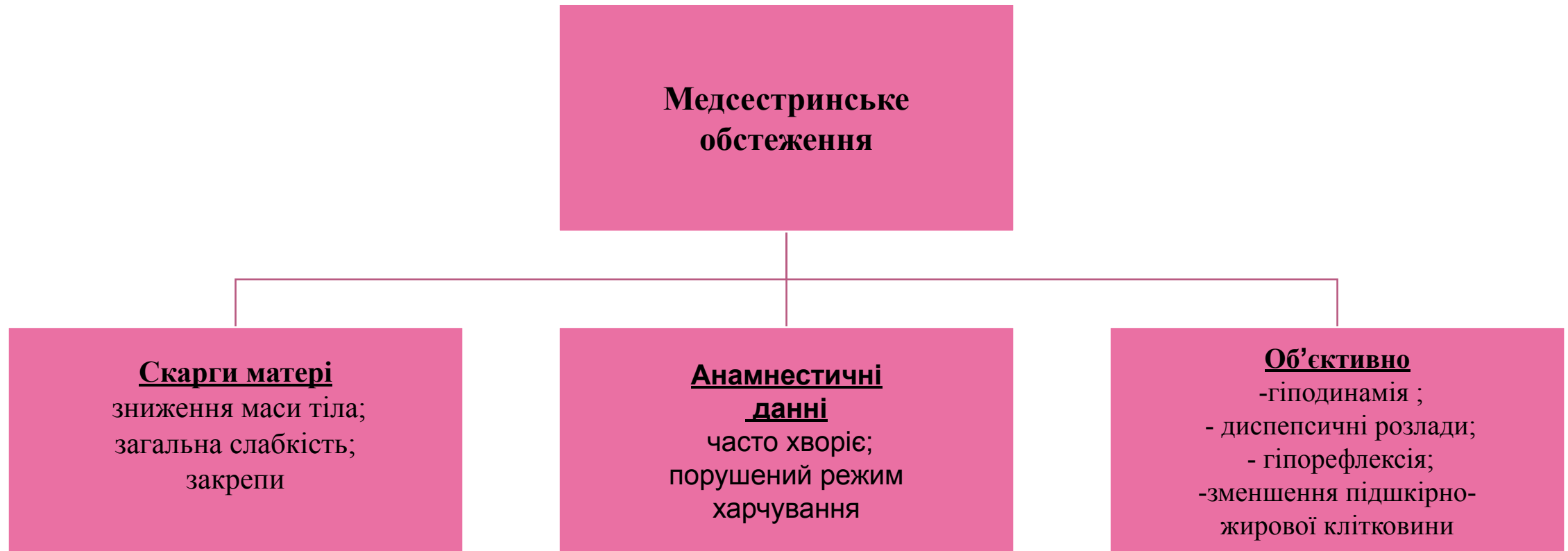
Тип 7



Водянисті, без твердих часток, повністю рідкі

Короткий час
транзиту
(10 год)

I етап медсестринського процесу



II етап медсестринського процесу

Проблеми пацієнта



- **Гіподинамія.**
- **Втрата маси тіла.**
- **Зменшення підшкірно – жирової клітковини.**
- **Нестійкі рідкі випорожнення.**

III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ

МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень

Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом

Виконання лікарських призначень

Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду



IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

Взяття калу на
копрологічний ,
бактеріологічний аналіз.

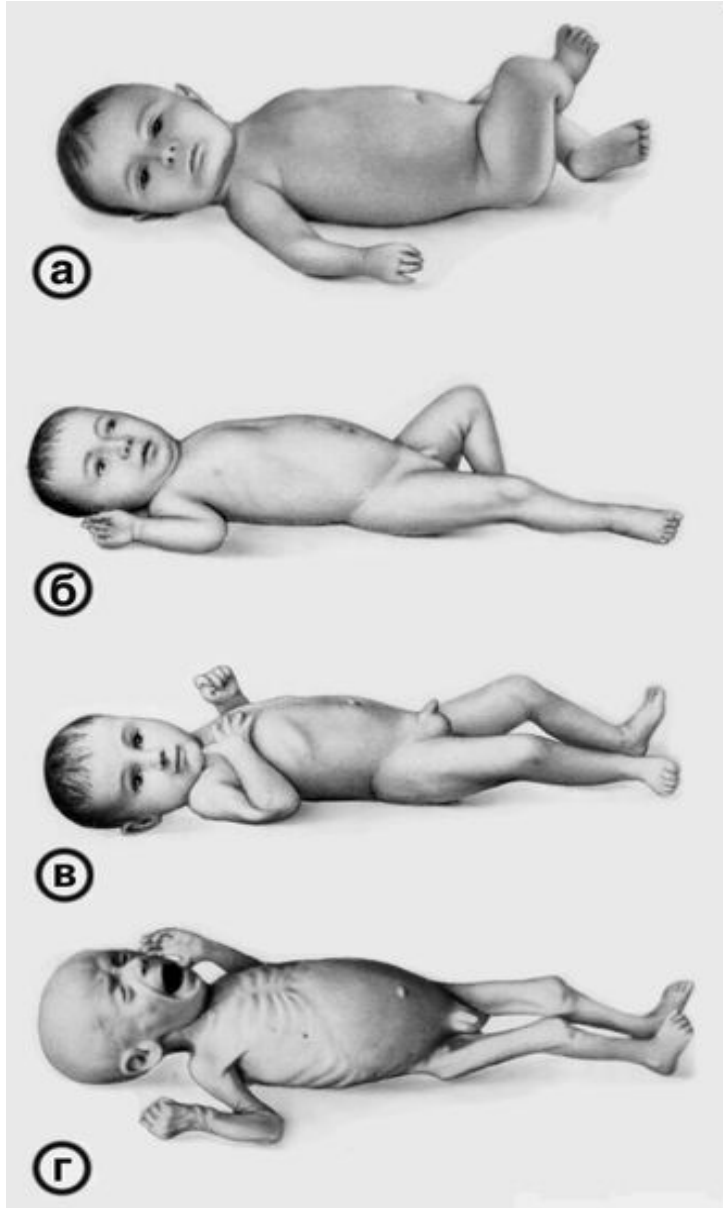
Годувати дитину за дієтою,
що омолоджує.

Здійснювати догляд за
шкірою, природними
складками, слизовими
оболонками.

Систематичний контроль за
температурою тіла, ЧСС,
частотою дихання, АТ.

Виконання лікарських
призначень:
вітамінотерапія, еубіотики,
ферментотерапія,
парентеральне харчування,
анаболічні гормони,
симптоматична терапія

V етап медсестринського процесу



ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

Зникнення диспепсичних розладів,
покращання загального стану.

Відновлення маси тіла.

Корекція мед сестринських втручань
можлива при різних ускладненнях.

Дитині 3 місяці. Мнар-3200 г. Фактична маса – 4100 г. Оцінити фізичний розвиток дитини.

$$\text{НМ} = 3200 + 800 \times 3 = 5600 \text{ г}$$

1 спосіб: 5600 г – 100%

$$4100 \text{ г} - x\% \quad x = 73\%$$

$$100 - 73 = 27\%$$

• 2 спосіб: $5600 - 4100 = 1500 \text{ г}$

$$5600 \text{ г} - 100\%$$

$$1500 \text{ г} - x\% \quad x = 27\%$$

Відповідь: У дитини гіпотрофія II ступеня

Дитині 3 місяці. Мнар-3200 г. Фактична маса – 5300 г. Оцінити фізичний розвиток дитини.

$$\text{НМ} = 3200 + 800 \times 3 = 5600 \text{ г}$$

1 спосіб: 5600 г – 100%

$$5300 \text{ г} - x\% \quad x = 95\%$$

$$100 - 95 = 5\%$$

• 2 спосіб: $5600 - 5300 = 300 \text{ г}$

$$5600 \text{ г} - 100\%$$

$$300 \text{ г} - x\% \quad x = 5\%$$

Відповідь: У дитини нормотрофія

Основоположним
принципом дієтотерапії при
гіпотрофії є трифазне
харчування:

Період вивчення
толерантності до їжі;

Перехідний період;

Період посиленого
(оптимального) харчування.

При гіпотрофії I ступеня
розрахунки і корекція
харчування проводиться на
1 кг, що має бути
відповідною до маси тіла.

При гіпотрофії I ступеня
часто буває достатнім
усунути дефект
вигодовування дитини,
налагодити режим і догляд,
після чого дефіцит маси
тіла буде швидко усуненим.

Дітям з гіпотрофією II і, особливо III ступеня, які часто мають знижену толерантність до їжі, в перші дні лікування добовий об'єм харчування зменшують до $3/4$, V , і навіть до $1/2$ V від необхідної норми (в залежності від стану хворого).



Недостатній об'єм харчування заповнюється рідиною (чай, настій шипшини, розчин глюкози, фруктові соки, овочеві і фруктові відвари). При поліпшенні стану дитини кількість їжі поступово доводять до фізіологічної норми.



Необхідні більш часті годування (7 - при гіпотрофії I ступеня, 8 - при гіпотрофії II ступеня, 10 годувань при гіпотрофії III ступеня);

систематичний контроль харчування (ведення щоденника з позначками кількості з'їденої протягом одного годування їжі), стулу, діурезу, кількості випитої і введеної парентерально рідини, солей і ін.; регулярний (1 раз на 7 днів) розрахунок харчового навантаження по білках, жирах, вуглеводах;

Двічі на тиждень - копрограма.

При гіпотрофії II і III ступеня, коли значно виражені порушення обмінних процесів, а отже, і засвоєння основних харчових речовин, особливо жиру, потрібна чітка індивідуалізація дієтичних заходів.

При гіпотрофії II ступеня кількість білків і вуглеводів в добовому раціоні дитини розраховують на 1 кг маси тіла, що має бути, а кількість жирів - на 1 кг фактичної маси тіла або при відносно задовільному стані дитини - на масу тіла, що є середньою величиною між фактичною і тою, що має бути.

При гіпотрофії III ступеня необхідну кількість білків і вуглеводів розраховують на 1 кг приблизної маси, що повинна бути (фактична маса тіла + 20% від фактичної маси тіла).

Кількість жирів розраховується тільки за фактичною масою тіла, так як толерантність до жиру у цих дітей різко знижена.



Загальні принципи дієтотерапії при гіпотрофії

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

Паратрофія

- Розвивається на тлі перегодування грудним молоком, адаптованими сумішами, однобічного вуглеводного годування з надмірною кількістю в раціоні каш





Паратрофії - це хронічне розлад харчування, що супроводжується порушенням обмінних функцій організму і характеризується надмірною або нормальною масою тіла і підвищеною гідролабільністю тканин.

Етіологія:

- Серед етіологічних чинників, що призводять до паратрофії, найбільш важливе значення мають зловживання висококалорійними продуктами, високобілкове харчування, перегодовування і одностороннє вигодовування, вживання їжі підвищеної калорійності в другій половині дня, а також ендокринні та нейроендокринні розлади
- Сприяючими до паратрофії факторами є особливості конституції дитини, її малорухливість і обтяжена по ожирінню і обмінним захворювань спадковість.
- Перегодовування спостерігається, як правило, за рахунок надлишкового введення в харчування вуглеводів: зловживання кашею, безконтрольне введення сиру та вершків





Класифікація

I ступень – маса тіла на 10 – 29%

II ступень – маса тіла на 30 – 49%

III ступень – маса тіла на 50 – 99%

IV ступень – маса тіла на 100% і більше

більша від норми у даному віці



Патогенез

Вуглеводи в великій кількості надходять в травний тракт, що веде до підвищеної активності вироблення ферментів. Що в свою чергу приводить до того, що частина вуглеводів резорбується, а частина вуглеводів переробляються в жир. Потім з їжею знову надходить велика кількість вуглеводів, а можливість ферментативної системи обмежена.

Це призводить до того, що частина вуглеводів не засвоюється і надходить у кишечник, де утворюються органічні кислоти, вуглекислий газ, вода. У кишечнику йде переробка їх мікроорганізмами, що призводить до процесів бродіння.





Клініка

Рівномірна
надлишкова маса
тіла,

бродильна
диспепсія, здуття
живота,

помірно виражений
токсикоз за рахунок
всмоктування
органічних кислот,

дисбаланс по
вуглеводам і білкам
у бік підвищення
вуглеводів

схильні до розвитку
інтеркурентних
інфекцій

малорухливі,

- підвищено
відкладення
підшкірного жиру,

шкірні покриви бліді,
так як присутні
симптоми анемії,

ознаки м'язової
гіпотонії,

- приглушеність тонів
серця, систолічний
шум,

- відставання в
моторному розвитку.



I етап медсестринського процесу



II етап медсестринськог о процесу

Проблеми пацієнта

- Гіподинамія.
- Пастозність.
- Надмірна маса тіла.
- Знижений імунітет





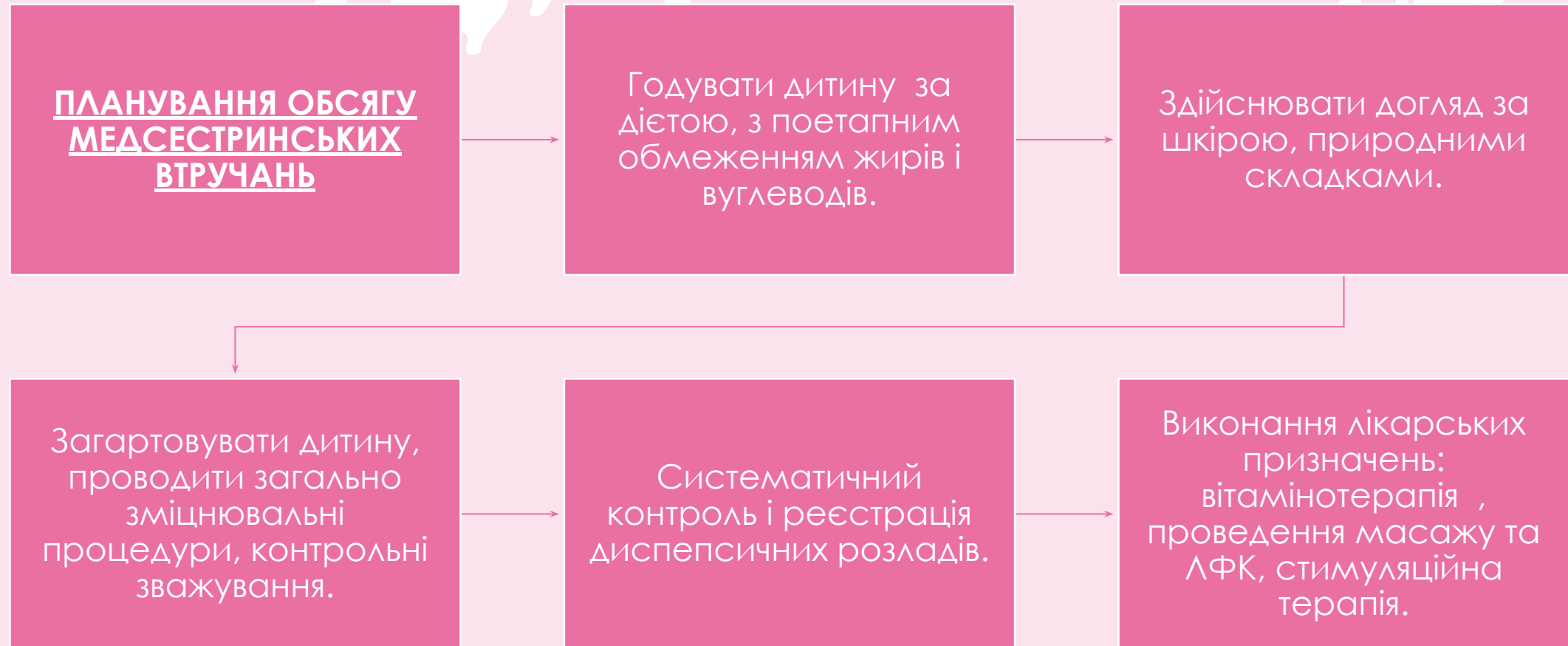
III етап медсестринськог о процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду



IV етап медсестринського процесу

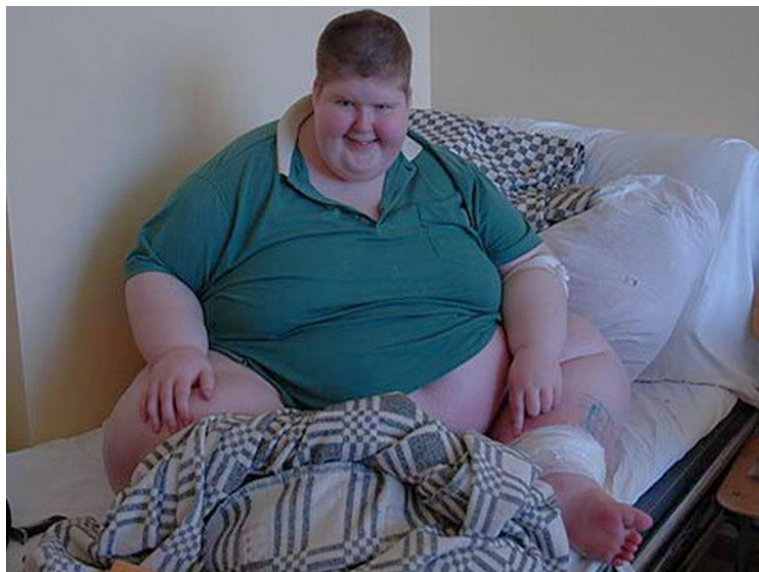


У етап медсестринськог о процесу

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

- Зміцнення імунітету.
- Відновлення належної маси тіла.
- Корекція мед сестринських втручань можлива при різних ускладненнях.

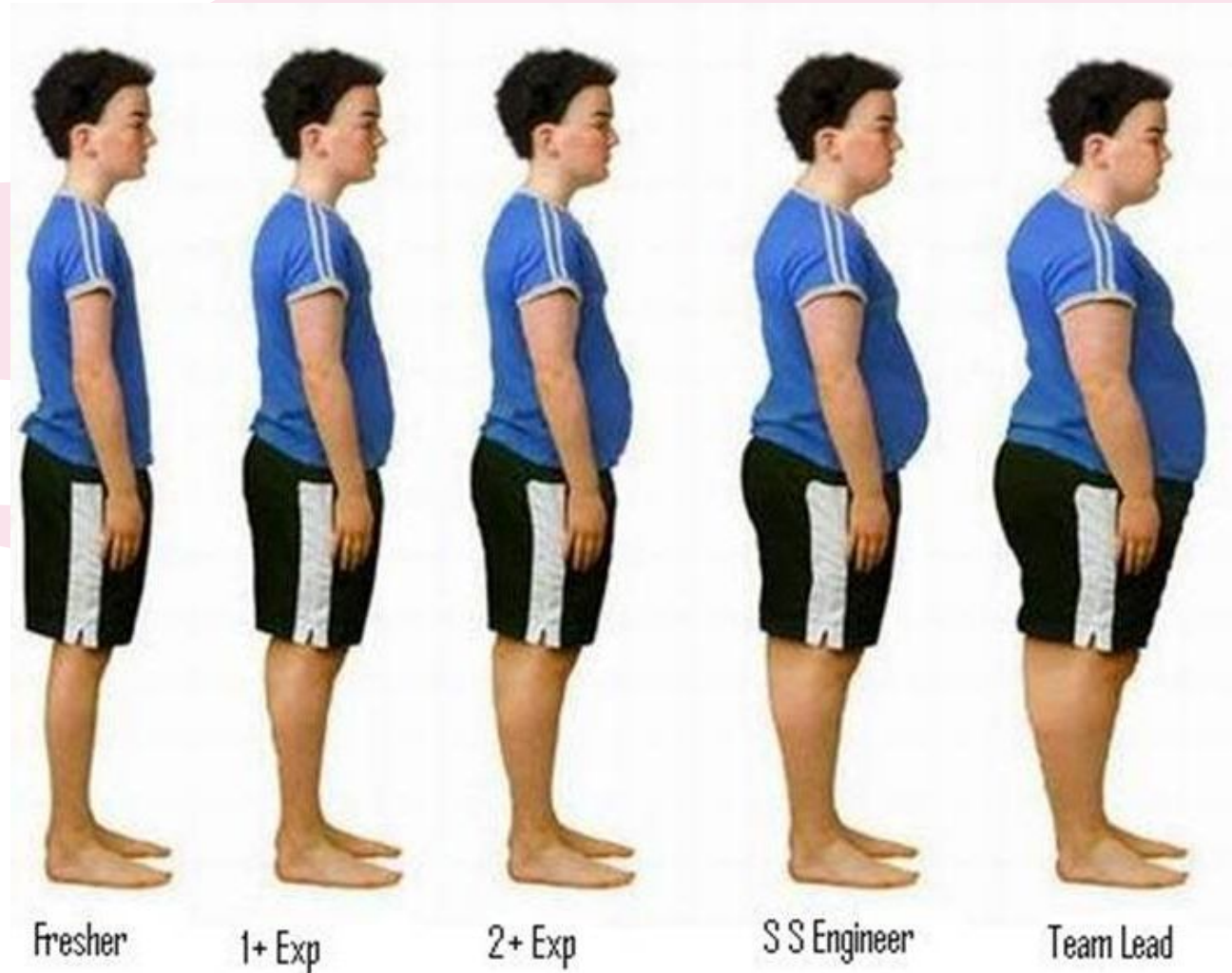




Дитині 3 місяці. Мнар - 3200 г. Фактична маса – 6300 г. Оцінити фізичний розвиток дитини.

$$НМ = 3200 + 800 \times 3 = 5600 \text{ г}$$

Відповідь: У дитини паратрофія



Career Growth Meter ---- Check Where u Stand

Загальні підходи до лікування



- корекція харчування
- збалансування харчування
- нормалізувати режим дня
- масаж
- лікувальна гімнастика
- прогулянки
- біфідум-бактерин, лактобактерин
- вітаміни, адаптогени
- симптоматична терапія

Дієтотерапія є основним методом лікування паратрофії, вона повинна будуватися на таких основних принципах:

- обмеження харчування;

- забезпечення дітей на штучному вигодовуванні додатковою кількістю рідини для виведення солей;

- прийом дитиною калорійної їжі в першій половині доби;

- усунення нічних годувань при надмірному харчуванні внаслідок перегодовування жіночим молоком, упорядкування режиму годувань, зменшення на кілька хвилин тривалості кожного годування;

- введення мінімально-оптимальної кількості білка:

2-25 г на 1 кг маси при природному і 3 г на 1 кг при штучному вигодовуванні (білок краще вводити зі знежиреним сиром, кефіром, худими сортами м'яса);

- проведення корекції жиру рослинними жирами (кількість жиру має становити в 1-й чверті першого року життя 7 г на 1 кг, у 2-й - 65 г, в 3-й - 6 г, в 4-й - 5 г на 1 кг маси тіла);.

- введення вуглеводів переважно з овочевими та фруктовими стравами при значному обмеженні цукру і виключенні борошняних продуктів (кількість вуглеводів на 1 кг маси тіла - 12 г).

Проведення етапного дієтичного лікування включає:

I етап (розвантаження) передбачає скасування висококалорійних продуктів та всіх видів прикорму. Загальний обсяг їжі відповідає віковим нормам. Кращим продуктом є жіноче молоко, при його відсутності - кисломолочні суміші. Тривалість етапу-7-10 днів.

II етап (перехідний) триває 3-4 тижні. Дитині перших 4 місяців життя вводять коригуючі добавки, а старше 4 місяців - також вводять відповідають віку прикорм; починаючи з овочевого пюре.

III етап (мінімально-оптимальної дієти), дитина отримує всі коригуючі добавки та види прикорму, що відповідають віку. Розрахунок необхідної кількості білка проводиться на фактичну масу, жирів і вуглеводів, калорій - на належну (відповідає мінімально-оптимальним потребам дитини).



Дякую за увагу!!

