Лекция №14

Алиментарные диспепсии. Дисбиоз кишечника. Лечение. Сестринский уход. Профилактика.

**Диспепсия** – означает расстройство пищеварения.

**Классификация:**

Алиментарная диспепсия (простая диспепсия, простой гастроэнтерит)

Парентеральна диспепсия

Нейропатическая диспепсия

Нейропатическая и парентеральная диспепсии, носят функциональный характер, но встречаются у детей на фоне других заболеваний таких , как пневмонии, отиты, ОРВИ.

Наиболее часто у новорожденных встречается алиментарная (простая) диспепсия

**Простая диспепсия** - острое функциональное расстройство пищеварения у новорожденных и детей грудного возраста, обусловленное несоответствием объема и состава пищи физиологическим возможностям пищеварения ребенка и проявляющееся в основном 6 желудочно-кишечными расстройствами, вследствие нарушения функций пищеварения. Отмечается в раннем возрасте практически у каждого грудного ребенка не менее 1 раза в год. Чаще встречается у детей находящихся на искусственном или смешанном вскармливании. Значительно реже при естественном вскармливании.

Алиментарные факторы

* Превышение объема пищи (перекорм)
* Избыточно6е введение одного из ингредиентов пищи (белков, жиров или углеводов)
* Использование в питании пищи, не соответствующей возрасту ребенка
* Введение нового продукта сразу в большом объеме
* Быстрый переход к новому виду пищи (неправильное введение прикормов и коррекции питания)
* Неправильное приготовление и нарушение гигиенических условий приготовления смесей в домашних условиях
* Нарушение водного режима
* Перегревание
* Нарушение условий хранения пищи
* Инфекционный фактор (попадание в пищу сопрафитов)
* Дефекты ухода за ребенком

Предрасполагающие факторы:

* Рахит
* Гипотрофия
* Гиповитаминозы
* Аллергозы
* Острые инфекционные заболевания различных органов и систем
* Жалобы на : рвоту 1-2 раза в сутки,

**Физикальное обследование**.

Состояние ребенка удовлетворительное или несколько нарушено

-Изменения поведения ребенка: капризность, беспокойство.Снижение аппетита, частые срыгивания, рвота 1-2 раза в день сразу после приема пищи или через 15-20 минут после приёма пищи, нарушение сна.

-Температура нормальная или субфебрильная.Тургор тканей несколько снижен.

-Язык обложен белым налетом.Живот вздут умеренно.При пальпации урчание петель кишечника.

- ***Характер стула*** – жидкий, с примесью небольшого количества слизи, зелени, комочками белого или желтого цвета

(белые комочки – это соединения кальция с жирными кислотами с образованием мыла), стул намоминает вид «рубленных яиц».

- Приостанавливается прибавка в массе тела

**Лабораторная диагностика.**

|  |  |
| --- | --- |
| Метод исследования | Результаты исследования |
| Копрологическое исследование кала | большое количество нейтрального жира, свободных жирных кислот, слизь 1-2 креста, лейкоциты единичные |
| Забор кала на бактериологическое исследование | Посевы кала на патогенную флору отрицательные |

**Уход. Принципы лечения**

* Проинформировать родственников о причине заболевания
* Успокоить мать, внушить надежду на выздоровление
* Прекратить кормление
* Назначить оральную регидратацию на 4- 6 часов:

Поить ребенка следующим растворами: оралитом, глюкосолан,хумана-минералом или регидроном, при отсутствии этих растворов использовать: 5 % раствор глюкозы, физраствор, слегка подслащенный чай, каротиновую смесь

* Питье давать по 1-2 ч.л. каждые -15 минут

По истечению оральной регидратации-дозированное кормление.

*При естественном вскармливании* прикладывание к груди на 3-5 минут.

*При смешанном вскармливании* только кормление грудью без докорма.

*При искусственном вскармливании* кисло-молочные смеси в половинном возрастном объеме (последующие дни увеличивать объем питания и к 3-4 дню перейти на кормление соответствующее возрасту).

В то время, когда ребёнок получает пищу в неполном объёме допаиваем выше перечисленные растворы до возрастного объёма.

При метеоризме

* Сухое тепло на область живота
* Массаж живота по часовой стрелке
* Введение газоотводной трубки по стандарту
* Помощь ребенку при рвоте (по стандарту)
* Подмывание ребенка (по стандарту)
* Профилактика опрелостей (по стандарту)
* - смекта (1 пакетик на 1 день) в возрастных дозировках
* - энторосгель, чай плантекс
* - эспумизан по 20 капель три раза в день или укропная вода
* - дисфлатил 10- 15 капель 2-3 раза в день

**Зависимые действия медсестры**.

* Ферментопрепараты:

- пепсин с 2 % раствором соляной кислоты по 1 ч.л. 2-3 раза в день перед едой;

- фестал;

- креон;

- абомин; в возрастных дозировках

- мезим

- панкреатии

* Пробиотики

- линекс

- лактовит

- бифиформ в возрастных дозировках

- хилак

- бифидумбактерин

- лакто бактерин

**Кишечный токсикоз (токсическая диспепсия)**

***Кишечгный токсикоз (эксикоз с токсикозом)-*** это острое желудочно – кишечное расстройство с выраженными явлениями общей интоксикации, нарушени6ем водно – минерального обмена, резкими сдвигами других видов обмена, приводящими к развитию ацидоза и нарушению функций органов и систем

Этиология

* Алиментарный фактор
* Перекорм
* Несбалансированное питание
* Использование в питании пищи несоответствующей возрасту
* Перегревание ребенка
* Несоблюдение водного режима
* Ведущую роль играет инфекционный фактор
* Инфицированной может быть пища ребенка
* Инфекция может попасть через предметы ухода
* Возможно, возникновение кишечного токсикоза как продолжение простой диспепсии, парентерального происхождения, пари наличии в организме ребенка очага инфекции.

Предрасполагающие факторы

для возникновения кишечного токсикоза является рахит, гипотрофия, гиповитаминозы, аллергозы, острые инфекционные заболевания различных органов и систем.

Предрасполагающие факторы:

* Рахит
* Гипотрофия
* Гиповитаминозы
* Аллергозы
* Острые инфекционные заболевания различных органов и систем

При сборе анамнеза жалобы со стороны матери в сфере духовных переживаний.

***Физикальное обследование.***

***Признаки токсикоза***

* Начало острое
* Состояние тяжелое или крайне тяжелое
* Повышение температуры до высоких цифр 38-39 С
* Многократная рвота, в дальнейшем неукротимая
* Частый водянистый брызжущий стул с большим радиусом смачивания пеленки до 10-15 и более раз, затем «без счета»
* Бледность кожных покровов
* Сероватый колорит кожи, в дальнейшем

Свидельствуют о нарушении микроциркуляции

* Мраморность и цианотичность кожных покровов
* Холодные конечности
* Адинамия
* Вялость
* Нарушение сна
* Тахикардия или брадикардия
* Тахипноэ или брадипноэ
* АД сначала повышается, а затем снижается
* Беспокойство, затем вялость, безучастность, потеря сознания, судороги
* Живот вздут
* При пальпации урчание петель кишечника
* Увеличение размеров печени
* Язык обложен белым налетом

***Признаки эксикоза***:

* Потеря массы тела за сутки до 300-400 гр и более
* Большой родничок запавший
* Черты лица заострены
* Глаза запавшие
* Слизистая ротовой полости ярко красная, сухая
* Тургор ткани и эластичность резко снижены
* Мочеиспускание редкое
* Сгущение крови

***Степени эксикоза***

1 степень – потеря массы тела до 5 %

2 степень – потеря массы тела 9 %

3 степень – 10 % и более.

***Лабораторная диагностика.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Метод исследования** | **Результаты исследования** |
| Копрологическое исследование кала | большое количество нейтрального жира, свободных жирных кислот, слизь 2-4 креста, лейкоциты в большом количестве |
| Забор кала на бактериологическое исследование | Высевается патогенная флора |
| Общий анализ крови | Признаки сгущения крови  Увеличение гемоглобина  Высокое гематокритное число |
| Забор крови на биохимическое исследование | Повышенная концентрация натрия, более 150 ммоль/л |

Лечение. Уход

Проинформировать родственников о причине заболевания, необходимости соблюдения водного режима

* Успокоить мать, внушить надежду на выздоровление
* Прекратить кормление
* Назначить оральную регидратацию на 4-6 часов
* Рассчитать необходимое количество раствора для проведения первичной оральной регидратации.

При 1 степени эксикоза – 50 мл/кг массы тела

При 2 степени эксикоза – 90 мл/кг массы тела

* Отмерить мерным стаканом расчитанное ранее для данного ребенка количество готового раствора *(после растворения готовый раствор можно хранить не более суток, кипятить нельзя).*
* Передать матери или ребенку данный раствор для выпаивания чайным ложками.
* Проводить учет и фиксировать продолжающиеся потери жидкости (жидкий стул, рвота), количество выпитой жидкости ребенком.

Поить ребенка следующими растворами: оралитом, глюкосолан,хумана-минералом или регидроном, при отсутствии этих растворов использовать: 5 % раствор глюкозы, физраствор, слегка подслащенный чай, каротиновую смесь , морковно – рисовый отвар HIPPORS 200, по 1-2 ч.л. каждые 5 - 10 минут

* Каждые 2 часа оценивать результат (проверять признаки эксикоза, состояние большого родничка, кожи, слизистых оболочек).

***Оценка состояния:***

Возможны 3 варианта:

* эксикоз нарастает

тактика акушерки

- отказаться от дальнейшего проведения раннее проводимой дегидратации;

- сообщить врачу;

- перейти на в/в введение растворов, назначенных врачом

* эксикоз уменьшился, но еще сохраняется

тактика акушерки

- повторить первый этап по назначению врача

* эксикоза нет

тактика акушерки

- продолжать учет потери жидкости и выпитой жидкости

- перейти на поддерживающую регидратацию по назначению врача

- поддерживающуюрегидратацию проводить до прекращения диареи и рвоты

- забор кала на бак.исследование и копрограмму (по стандарту)

* Проводить профилактику опрелостей (по стандарту)
* Борьба с метеоризмом (по стандарту)
* Помощь при рвоте (по стандарту)

*Особенности вскармливания.*

* По истечению водно – чайной паузы кормление ребенка малыми дозами, но чаще.

1 день – 10 мл каждые 2 часа

Каждый день увеличиваем на 10 мл

К 7-10 дню довести до возрастного объема.

**Помните!!!**

Лучшей пищей для ребенка является грудное молоко.

При отсутствии грудного молока – кисло – молочные смеси.

Для решения проблемы высокий риск распространения инфекции:

- Ребенка изолировать на дому или госпитализировать в стационар.

- Текущая дезинфекция – дез. средствами (по стандарту).

- Экстренное извещение в СЭС в письменном виде и по телефону.

- Организовать мероприятия с контактными лицами.

- Соблюдение санитарно – эпидемического режима для исключения фекально - орального механизма передачи инфекции.

- Повысить иммунитет у контактных лиц.

При нарастании эксикоза:

- в/в капельное введение глюкозо – солевых растворов, реополиглюкина, альбумина

- по показаниям – сердечные гликозиды, ГКС

- антибактериальная терапия: Амикацин, полимиксин М сульфат, нифуроксазид или

Стоп-диар

Ферментопрепараты:

- пепсин с 2 % раствором соляной кислоты по 1 ч.л. 2-3 раза в день перед едой;

- фестал;

- креон;

- абомин; в возрастных дозировках

- мезим

- ликриаза

- Пробиотики

- линекс

- лактовит

- бифиформ в возрастных дозировках

- хилак

- бифидумбактерин

- лакто бактерин

***Профилактика.***

Наилучшей профилактикой острых диспепсий является обеспечение адекватного вскармливания и ухода за детьми.

Поэтому акушерка должна пропагандировать естественноевскарливание,

объяснять родителям правила приготовления и введения коррекции питания и прикормов.

Дисбактериоз кишечника

Проблема дисбактериоза у детей – наиболее актуальная в [педиатрии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pediatrics/), поскольку по данным современных исследований, нарушение биоценоза кишечника выявляется у 25-50% здоровых детей грудного возраста. Среди детей, больных соматическими и инфекционными заболеваниями (кишечными инфекциями, [энтеритами](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/enteritis), [колитами](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_proctology/colitis), [аллергическим дерматитом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/allergic-contact-dermatitis) и др.), [дисбактериоз кишечника](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/dysbacteriosis) различной степени тяжести обнаруживается практически в 100% случаев.

***Дисбактериоз кишечника у детей*** - нарушение качественного и количественного состава кишечной микрофлоры, при котором в ней начинают преобладать условно-патогенные микроорганизмы, то есть проявляется стойким нарушением микробиоценоза кишечника, изменением соотношения облигатной и факультативной микрофлоры кишечника в пользу последней.

Рождение ребенка сопряжено с его переходом из стерильной внутриутробной среды в окружающий мир, заселенный многообразием различных микроорганизмов. Практически сразу организм новорожденного подвергается микробной колонизации. Основную часть облигатной микрофлоры ребенок получает от матери (во время продвижения по родовым путям, при грудном вскармливании), что является определяющим для его последующего здоровья. Иммунные факторы, присутствующие в молозиве и грудном молоке (секреторный IgA, лизоцим, лактоферрин, макрофаги, бифидус-фактор и др.), блокируют колонизацию кишечника условно-патогенной флорой. Поэтому для профилактики дисбактериоза у ребенка чрезвычайно важно его раннее прикладывание к груди матери (в первые 30 минут, но не позднее 2-х часов после рождения).

В течение первых 3-5 дней жизни микробный пейзаж кишечника становится более разнообразным, и в нем, наряду с полезными бактериям, в большом количестве поселяются условно-патогенные микроорганизмы. В результате этого на первой неделе у новорожденных детей развивается транзиторный дисбактериоз кишечника, проявляющийся срыгиваниями, неустойчивым водянистым стулом с примесью слизи, спастическими болями. Транзиторный дисбактериоз у детей обычно завершается на второй неделе жизни, по мере того, как бифидо- и лактобактерии вытесняют других представителей микробиоценоза кишечника. Однако при наличии отягощающих факторов нормальная микрофлора не формируется, и транзиторный дисбактериоз у детей переходит в истинный.

***Причины у детей***

Всех представителей кишечной микрофлоры в [гастроэнтерологии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/gastroenterology/) принято разделять на 4 группы: облигатную, факультативную (условно-патогенную), транзиторную и патогенную флору. Транзиторная флора, не является типичной для организма человека, и носит временный, случайный характер. Представителями патогенной кишечной флоры являются возбудители инфекционных заболеваний ([дизентерии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/dysentery), [сальмонеллеза](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/salmonellosis) и др.), в норме не присутствующие в кишечнике.

Облигатная флора (бифидобактерии, лактобактерии, кишечная палочка) регулирует иммунитет; участвует в процессе пищеварения, обмене веществ, синтезе витаминов и ферментов; стимулирует моторику ЖКТ. Факультативная флора (золотистый и эпидермальный стафилококк, энтеробактер, протей, клебсиелла, клостридии, дрожжевых грибы рода [кандида](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_venereology/candidiasis)) в норме составляет не более 0,6% от общего количества микроорганизмов и при нормальном состоянии иммунной системы не вызывает заболеваний. Однако при снижении резистентности организма, изменении видового и количественного соотношения облигатной и факультативной микрофлоры у детей развивается дисбактериоз.

Причины, приводящие к дисбактериозу у детей, многообразны и начинают действовать уже во внутриутробном периоде или вскоре после рождения ребенка. Нарушение бактериального гомеостаза кишечника может быть связано с осложненным течением беременности и родов, поздним прикладыванием к груди, [недоношенностью ребенка](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/premature-babies), наличием [бактериального вагиноза](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/gardnerella) у матери.

Развитие дисбактериоза у детей грудного возраста может быть обусловлено плохим питанием кормящей матери, возникновением у нее [мастита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_mammology/mastitis), ранним переводом ребенка на искусственное вскармливание, частыми [ОРВИ](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/respiratory-viral-infections), [диатезом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/diathesis).

У детей раннего, дошкольного и школьного возраста факторами развития дисбактериоза выступают нерациональное питание с преобладанием в рационе ребенка избытка углеводов и животного белка, загрязнение окружающей среды, длительное лечение антибактериальными и гормональными препаратами, стрессы. Изменению микробного равновесия ЖКТ способствуют кишечные инфекции, заболевания органов пищеварения ([лактазная недостаточность](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/lactose-intolerance), гастрит, [панкреатит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/chronic-pancreatitis), [энтероколит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/enterocolitis), запор), паразитарные инвазии ([аскаридоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/ascaridosis), [лямблиоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/lambliasis)), наличие несанированных очагов хронической инфекции ([кариеса](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/dental_caries), [тонзиллита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/chronic_tonsillitis)), заболевания, протекающие со снижением иммунитета ([сахарный диабет](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/diabetes_saharniy), онкопатология, [цирроз печени](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/cirrhosis), [ВИЧ](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/HIV) и др.).

***Классификация***

В зависимости от преобладающей условно-патогенной флоры различают протейную, стафилококковую, кандидозную, ассоциированную формы дисбактериоза кишечника у детей; по клиническому течению – латентный, локальный и генерализованный варианты.

Степень тяжести дисбактериоза у детей определяется видовым и количественным составом микрофлоры:

* **I степень** - преобладает [анаэробная микрофлора](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/anaerobic-infection); количество бифидобактерий не менее 107—108 ; условно-патогенные микроорганизмы не более двух видов, 102—104 КОЕ на 1 г фекалий.
* **II степень** - равное количество анаэробной и аэробной флоры; условно-патогенные микроорганизмы 106—107 КОЕ на 1 г фекалий; обычная кишечная палочка вытеснена гемолизирующей и лактозонегативной.
* **III степень** – преобладает аэробная флора, вплоть до полного подавления бифидо- и лактобактерий; количество условно-патогенных микроорганизмов значительно увеличено.
* **IV степень** – ассоциированный дисбактериоз у детей; абсолютное преобладание условно-патогенной микрофлоры, резистентной к антибиотикам.

Согласно клинико-бактериологическим критериям выделяют компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный дисбактериоз у детей.

Компенсированный дисбактериоз у детей протекает в латентном варианте и соответствует I-II степени тяжести. Клинически ребенок остается здоровым, нормально развивается и прибавляет в массе; аппетит и стул в норме.

Субкомпенсированный дисбактериоз у детей соответствует локальному варианту, II-III степени тяжести. Отмечаются умеренно-выраженные клинические симптомы: вялость, плохой аппетит, плохая прибавка в массе, диспепсические расстройства.

Декомпенсированный дисбактериоз у детей может иметь локальное или генерализованное течение, III-IV степень тяжести. Значительно ухудшается общее состояние ребенка за счет рвоты, частого жидкого стула, интоксикации. На этом фоне легко возникают острые кишечные инфекции, энтероколиты, бактериемия и [сепсис](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/sepsis).

В клинической картине дисбактериоза у детей могут доминировать один или несколько характерных синдромов: диарейный, дискинетический, нарушения пищеварения и всасывания ([мальдигестии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/maldigestion-syndrome) и [мальабсорбции](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/malabsorption)), интоксикации, астеноневротический, дермоинтестинальный.

***Симптомы дисбактериоза у детей***

У новорожденных и грудных детей дисбактериоз сопровождается срыгиваниями, рвотой, метеоризмом, урчанием и спазмами по ходу кишечника. Ребенок недостаточно набирает массу тела, беспокойно ведет себя, плохо спит. Стул у ребенка с дисбактериозом обычно жидкий или кашицеобразный, обильный, [пенистый](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/diarrhea/foamy) с примесью комочков или слизи, необычного цвета (белого, зеленоватого), с гнилостным или кислым запахом.

При синдроме мальабсорбции развивается диарея, [стеаторея](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_proctology/steatorrhea), [гипотрофия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hypotrophy), полигиповитаминоз. Эндогенная интоксикация при дисбактериозе у детей сопровождается полидефицитной [анемией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/anemia), задержкой физического развития, снижением аппетита. Процессы брожения и гниения в кишечнике вызывают аутоаллергизацию и развитие дермоинтестинального синдрома ([крапивницы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/urticaria), [атопического дерматита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/atopic_dermatitis)). Проявлениями астеноневротического синдрома служат раздражительность, слабость, [нарушение сна](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/sleep-disorders).

В более старшем возрасте дисбактериоз у детей может протекать с запорами, поносами или их чередованием; кишечными коликами, отрыжкой, неприятным запахом изо рта, чувством распирания желудка после еды. Вторичными внекишечными проявлениями дисбактериоза у детей, связанными с [гиповитаминозом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/hypovitaminosis), нарушением обмена веществ, снижением иммунитета могут стать заеды в уголках рта, [стоматит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/stomatitis), [фурункулез](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/furunculosis), угревая сыпь, [ломкость волос](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_trihology/dry_brittle_hair) и ногтей и др.

Генерализованный дисбактериоз обычно развивается у детей с иммунодефицитным состоянием и протекает по типу кандидамикоза с явлениями [молочницы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/molochnica), [глоссита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/glossitis), [хейлита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/heilit), поражением гладкой кожи, [вульвита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/vulvitis) или [баланопостита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/balanoposthitis), висцерального кандидоза.

***Диагностика***

Установлению диагноза дисбактериоза предшествует обследование ребенка [педиатром](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatrician) и [детским гастроэнтерологом](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pediatric-gastroenterologist/consultation), проведение лабораторных анализов и дополнительных инструментальных исследований. С помощью физикального обследования детей оценивается состояние кожи и слизистых; пальпация живота выявляет болезненность по ходу кишечника.

Лабораторная диагностика обычно включает бактериологическое или биохимическое исследование кала на дисбактериоз. Микробиологическими критериями дисбактериоза у детей служат уменьшение количества бифидо- и лактобактерий, снижение или увеличение числа нормальных кишечных палочек, а также появление их измененных штаммов, обнаружение грамотрицательных палочек, увеличение количества кокков, грибов, клостридий. Биохимический анализ основан на определении уровня метаболитов летучих жирных кислот (пропионовой, уксусной, масляной), продуцируемых микроорганизмами, живущими в ЖКТ.

Для выяснения причины дисбактериоза у детей могут назначаться УЗИ органов брюшной полости, [гастроскопия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-gastroenterology/esophagogastroscopy), биохимические пробы печени, анализ кала на лямблии и яйца гельминтов. Исследование копрограммы позволяет выявить степень нарушения расщепления и всасывания пищи.

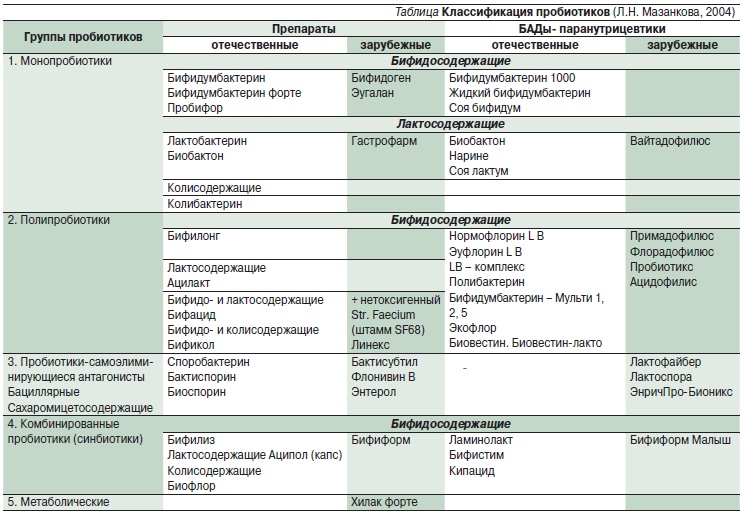
При подозрении на дисбактериоз у детей важно исключить [неспецифический язвенный колит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_proctology/ulcerative-colitis), ОКИ, синдром мальабсорбции.

***Лечение дисбактериоза у детей.***

Лечение дисбактериоза у детей включает соблюдение диеты, фаготерапию или антибактериальную терапию, прием пробиотиков и пребиотиков, иммунорегуляторов, витаминов.

Терапия дисбактериоза у детей начинается с подбора индивидуальной диетотерапии. В рацион детей, находящихся на смешанном вскармливании, вводятся кисломолочные продукты. В питании детей старшего возраста ограничиваются сахара, углеводы, животные белки; для восстановления нормальной кишечной микрофлоры рекомендуются молочнокислые продукты, обогащенные биокультурами, пищевые волокна.

При дисбактериозе кишечника у детей назначаются пробиотики – препараты, содержащие монокультуры или комбинации полезных бактерий; пребиотики, способствующие росту и размножению микробов нормальной флоры кишечника; симбиотики - комбинированные препараты.



С целью селективной деконтаминации кишечника при дисбактериозе у детей применяются бактериофаги, лизирующие патогенные бактерии, а при неэффективности – антибиотики (макролиды, цефалоспорины). Лечение кандидозного дисбактериоза у детей проводится противогрибковыми препаратами (нистатин, флуконазол).

В случае выраженных нарушений пищеварения назначаются ферменты, при интоксикации показан прием сорбентов. [Часто болеющим детям](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/frequently-ill) рекомендуется иммуномодулирующая терапия адаптогенами, витаминотерапия.

***Профилактика***

Залогом формирования нормальной микрофлоры кишечника у ребенка является забота о своем здоровье будущей мамы: планирование беременности, сбалансированное питание во время беременности, лечение бактериального вагиноза, соблюдение режима дня и отдыха, исключение нервных потрясений.

Самыми первыми мерами по профилактике дисбактериоза должно быть раннее прикладывание ребенка к груди в родзале и сохранение грудного вскармливания детей на протяжении не менее полугода, постепенное введение прикормов. Необходимо лечение хронических заболеваний органов пищеварения, предупреждение кишечных инфекций. Для недопущения развития дисбактериоза антибиотикотерапия у детей должна проводиться под прикрытием пробиотиков или пребиотиков

Материалы контроля усвоения материала. Отправить 25 января до 10 часов.

Решите задачу

Вы акушерка ФАПа. Пришли на патронаж к ребёнку 21-го дня жизни. По уходу за ребёнком находится бабушка, мать ребёнка госпитализирована в хирургический стационар по поводу гнойного мастита. Бабушка предъявляет жалобы, что ребёнок беспокойный,часто срыгивает, 1-2раза в день –рвота. Из беседы с бабушкой вы выяснили, что ребёнок получает 7-8 раз разведённое коровье молоко по 100 мл. При осмотре: кожные покровы чистые ,несколько бледные, тургор и эластичность кожи несколько снижены. Большой родничок 1,5см на 2 см, на уровне краёв черепа. Тоны сердца чистые ритмичные. ЧСС -120 уд в 1 минуту, ЧДД-40 в 1 минуту. Живот несколько вздут. Стул кашицеобразный, желто-зеленоватого цвета с белыми комочками до 6-7 раз в сутки.

Поставьте диагноз.

Обоснуйте его

Назовите принципы обследования и лечения.

Организуйте уход этому новорождённому.