

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Сестринского дела**

## **ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

**Дипломная работа студента**

**Очной формы обучения  
Специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051506  
Бронниковой Виктории Руслановны**

Научный руководитель  
Преподаватель Витива Н. В.

Рецензент  
Старшая медицинская сестра, отделение медико-  
социальной помощи ОГБУЗ «Детская областная  
клиническая больница», детская поликлиника №4  
Мумрина Ю. С.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1.ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ.....	5
1.1.Причины развития заболеваний пищеварительной системы у детей.....	5
1.2. Факторы риска .....	10
1.3. Основные признаки заболеваний пищеварительной системы.....	15
1.4. Диагностика .....	20
1.5. Лечение и профилактика заболеваний пищеварительной системы.....	23
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ.....	32
2.1. Анализ статистических данных заболеваемости пищеварительной системы у детей по РФ и Белгородской области.....	32
2.2. Исследование «Оценка уровня информированности родителей по вопросам профилактики заболевания пищеварительной системы у детей» ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Детская поликлиника №4.....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	50
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.	52
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	55

## ВВЕДЕНИЕ

Распространенность заболеваний пищеварительной системы у детей крайне велика и продолжает ежегодно расти. Так, хронический гастрит встречается у 10-80% детей, хронический гастродуоденит - у 25-30%, хроническая дуоденальная непроходимость - в 3-17%. Хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста. Распространенность их в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения. Основными причинами возникновения могут быть: нерациональное питание детей, наличие недоедания, несоблюдение гигиенических навыков, отсутствие мотивации вести здоровый образ жизни, недостаток медицинского обслуживания.

В связи с этим, возрастает медицинского персонала, целью которого является информирование родителей о возможных причинах, вызывающих заболевания пищеварения у детей, об осложнениях, которые могут возникнуть, если не уделять данной патологии должного внимания.

Целью работы является определение значения профилактики заболеваний пищеварительной системы у детей.

Исходя из цели, решались следующие задачи:

1. Провести теоретический обзор вопроса по заболеваниям пищеварительной системы у детей.
2. Провести анализ статистических данных заболеваемости пищеварительной системы у детей по РФ и Белгородской области.
3. Провести исследование: «Оценка уровня информированности родителей по вопросам профилактики заболевания пищеварительной системы у детей» ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Детская поликлиника № 4 и сделать выводы.

Объектом исследования являются дети и их родители с заболеванием пищеварительной системы.

Предметом исследования выступают профилактическая работа медицинского персонала ухода при заболевании пищеварительной системы у детей.

Гипотеза исследования: осуществление качественной профилактики заболеваний пищеварительной системы позволит минимизировать рост хронической стадии заболевания, будет способствовать скорейшему выздоровлению пациента.

Методы исследования: научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме; наблюдение; эмпирический анализ; изучение медицинской документации, анкетирование.

Практическая значимость исследования: подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество профилактических мероприятий при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

## 1.1. Причины развития заболеваний пищеварительной системы у детей

Заболевания пищеварительной системы у детей достаточно распространённое явление – по статистике они составляют более 350 случаев на 1000 человек. Такие цифры являются большим показателем. Наибольшую часть в детской гастроэнтерологической патологии (до 65% среди всех заболеваний органов пищеварения) занимают гастриты и дуодениты. На втором месте находятся болезни кишечника и на третьем – болезни желчевыделительной системы. Сейчас наблюдается тенденция к сочетаемому поражению органов пищеварения (согласно статистике – у две трети детей) и росту органических заболеваний [1, с. 95].

Причины развития заболевания пищеварительной системы у детей зависят от диагностируемого заболевания пищеварительной системы.

Гастрит представляет собой воспаление слизистой оболочки желудка. Как правило, заболевание возникает в школьном возрасте, когда ребенок впервые знакомится с действительно вредными продуктами и вырабатывает пищевые привычки. Гастрит протекает в двух формах: острый и хронический. Острый первичный гастрит возникает на фоне инфекционных заболеваний, отравлений продуктами питания, постоянного нахождения в стрессовых ситуациях, воздействия раздражителей на слизистую оболочку желудка и прочими факторами. При хроническом гастрите могут возникать как фазы обострения, так и фазы ремиссии. К ведущим причинам возникновения гастрита у детей относят: употребление некачественных и нездоровых продуктов питания; инфекционная основа; нерегулярное питание, быстрые перекусы; отравление едой или химическими веществами; инфекции с осложнениями, угнетающими

деятельность желудка и нарушающие состав микрофлоры; наследственность, болезни желудочно-кишечного тракта у близких родственников; прием большого количества медикаментов при лечении от другого заболевания (ОРВИ, простуда, кашель и прочие); частое пребывание в стрессовых ситуациях.

Диспепсия – симптомокомплекс расстройств пищеварения, развивающийся вследствие нарушения работы верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В педиатрии синдром диспепсии встречается у 13-40% детей и подростков, что свидетельствует о его высокой распространенности. Диспепсия может быть простой и токсической. В первом случае страдает работа ЖКТ, во втором происходит сбой в функционировании обменной системы. Токсическая диспепсия вытекает из простой, если та не была качественно пролечена. При этом расстройство регуляторной системы может происходить на любом уровне: центральном (на уровне ЦНС), периферическом (на уровне проводящих путей), местном (на уровне рецепторного аппарата желудка и кишечника, энтероэндокринных клеток и т. д.) и влечет за собой дискинезию подчиненных органов. Простая диспепсия в большинстве случаев связана с алиментарными факторами – погрешностями во вскармливании ребенка: перекормом, однообразным питанием, нарушением диеты кормящей матери, быстрым переводом на искусственное вскармливание, введением прикорма. Одним из факторов диспепсии у детей раннего возраста служит перегревание, приводящее к возрастанию электролитных потерь с потом и снижению кислотности желудочного сока. У детей старшего возраста простая диспепсия может развиваться при злоупотреблении фаст-фудом, газировками, несоблюдении режима питания, повышенных учебных нагрузках, стрессовых ситуациях. Неоткорректированная диета и отсутствие лечения способствуют всасыванию токсических продуктов бактериального обмена, общей интоксикации, нарушению работы печени, сердечно-сосудистой и нервной систем.

Кроме этого, токсическая диспепсия у детей может развиваться на фоне острых кишечных инфекций: сальмонеллеза, дизентерии и др. Развитие парентеральной диспепсии у детей связано с общим воздействием микробной или вирусной инфекции на организм.

Расстройство пищеварения носит вторичный характер и вызвано наличием других заболеваний у ребенка. Диспепсии подвержены практически все дети, однако чаще данным нарушением страдают недоношенные, дети с перинатальным повреждением ЦНС, гипотрофией, рахитом, аллергическими реакциями, гиповитаминозами, анемией, экссудативно-катаральным диатезом. С диспепсическим синдромом могут протекать паразитарные инвазии (лямблиоз) и гельминтозы у детей [11, с. 114].

Панкреатит – аутокаталитическое ферментативное воспалительно-дистрофическое поражение поджелудочной железы. Распространенность панкреатита среди детей с патологией пищеварительного тракта составляет 5-25%. Развитие панкреатита у детей, в отличие от взрослых, имеет свои особенности: заболевание может вызываться широким кругом экзогенных и эндогенных факторов, протекать с малыми симптомами, маскироваться с другими заболеваниями пищеварительного тракта, например: гастритом, гастродуоденитом, дисбактериозом кишечника и пр [15, с. 74]. Также причинами панкреатита могут быть: нарушения деятельности поджелудочной железы после прививок; воспалительные заболевания кишечника; патологии мочевого пузыря; токсические отравления, возникающие вследствие попадания в организм мышьяка, свинца или ртути; тупые травмы поджелудочной железы; паразитарные заболевания и гельминтозы.

Дискинезия желчевыводящих путей- изменение тонуса и моторики желчевыводящей системы, нарушающее полноценный отток желчи в двенадцатиперстную кишку. Заболевание характеризуется нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку по причине несогласованности сокращений пузырных протоков, желчного пузыря и сфинктерного аппарата. К

его развитию ведет расстройство регуляции органа, в котором произошло функциональное нарушение. В основе дискинезии желчевыводящих путей у детей лежит нарушение регуляции последовательного сокращения и расслабления желчного пузыря и сфинктеров со стороны нервной и паракринной систем. В результате дискоординации деятельности желчевыводящей системы нарушается пассаж желчи в кишечник, что сопровождается комплексом клинических проявлений [16, с.18]. У детей грудного возраста дискинезии желчевыводящих путей, как и другие функциональные расстройства ЖКТ, чаще всего являются следствием перинатальных поражений ЦНС. Развитию дискинезии желчевыводящих путей у детей способствуют аномалии желчных протоков и перегибы желчного пузыря, затрудняющие нормальный отток желчи; нарушения сфинктерного аппарата; цитогенная или гепатогенная дисхолия.

В педиатрии прослеживается ассоциация между возникновением дискинезии желчевыводящих путей и перенесенными ребенком инфекционными заболеваниями – гепатитом А, сальмонеллезом, дизентерией. Определенная роль в ряду причин дискинезии желчевыводящих путей у детей принадлежит хроническим заболеваниям (гаймориту, хроническому тонзиллиту и др.), лямблиозу, аскаридозу, нервно-артритическому диатезу [13, с. 287]. У детей старшего возраста увеличивается роль вегето-сосудистой дистонии, неврозов, психоэмоциональных нарушений, гиподинамии, погрешностей питания в развитии дискинезии желчевыводящих путей.

Энтероколит – воспалительное заболевание ЖКТ с локализацией в толстом и тонком кишечнике. Для недуга характерно нарушение функций кишечника. К развитию патологии часто ведет прием антибиотиков. Предполагающими факторами выступают: потребление некачественных продуктов; несоблюдение гигиенических мероприятий; долгое применение антибактериальных средств; перенесенные болезни кишечного канала инфекционного характера; нерациональное питание; зараженность малыша во

время беременности; развитие аллергических реакций на продукты питания; понижение защитных сил; другие патологические процессы в органах пищеварительной системы.

Таким образом, заболевания пищеварительной системы у детей – это комплекс характерных, постоянных или периодически возникающих симптомов, сигнализирующих о нарушениях в работе пищеварительной системы или отдельного органа этой системы, имеют определенную зависимость от экзогенных, эндогенных и генетических факторов. Вместе с тем, заболевания пищеварительной системы имеют тенденцию к увеличению и распространенности по всем категориям заболеваний (таких как, гастрит, энтероколит, дискинезия).

## **1.2. Факторы риска заболевания**

Для правильной и своевременной диагностики, лечения и профилактики заболевания пищеварительной системы у детей необходимо определить причины их возникновения, иначе говоря, факторы риска. Из-за многочисленности причин и механизмов появления таких заболеваний, усложняется процесс их выявления и обуславливается разнообразие форм заболеваний различных органов КЖТ. Ребенок отличается большей уязвимостью организма, в сравнении со взрослым человеком, в силу постоянного формирования и недостаточно укрепленной иммунной системы. Таким образом, факторы риска увеличиваются, и действуют в комплексе, а при длительном воздействии формируют ту или иную форму заболевания пищеварительной системы из-за измененной реактивности организма.

Наследственность играет большую роль в большинстве заболеваний, в частности в пищеварении её роль и значение была известна ещё давно. Особенно она влияет на хронические заболевания гастродуоденальной зоны – самая распространенная зона заболеваний пищеварения. Этиологическая

природа данной патологии многообразна, но именно наследственность играет ключевую роль в формировании, развитии и протекании заболевания – в семьях таких детей родители чаще всего также страдают гастродуоденальными заболеваниями. Немаловажную роль играет наследственность и при других заболеваниях КЖТ – наследственно-семейных гепатозов и многих других. Есть исключения, и наследственность психосоматических заболеваний в единичных ситуациях проявляется у детей с патологией пищеварительной системы, что дает новые тенденции исследований влияния наследственности в рамках психосоматики и нервнопсихических заболеваний на возникновение хронической гастродуоденальной патологии у детей.

Психоэмоциональные факторы также являются одними из главных в патогенезе развития заболеваний пищеварительной системы у детей. На данный момент у детей прослеживается ускоренно психическое, физиологическое и половое развитие. В таком случае происходит изменение взаимодействия между функциями центральной нервной системы (ЦНС) и функционированием кишечного-желудочного тракта (КЖТ). Неустойчивость эмоционального состояния и гомеостаза у детей из-за вышеописанных постоянных морфо-функциональных изменений, которые также связаны с физиологическим ростом и развитием организма ребенка, формируют предпосылки для порождения заболеваний пищеварительной системы, как функциональных, так и органических. Из-за общей незрелости систем адаптации и зависимостью от социальной системы, дети становятся уязвимее и более подверженными для воздействия этих факторов. В связи с этим, психосоматический генез заболеваний пищеварительной системы замечается у детей чаще, нежели у взрослых [24, с. 348].

Все более актуальной в современных условиях становится тема влияния социальных факторов на развитие хронических заболеваний пищеварительной системы. Доказанный факт, что при неблагоприятных семейных, дружеских, учебных или других микро или макро-социальных факторов, повышается

вероятность развития заболеваний желудочно-кишечного тракта. Также, нарушенная внутрисемейная сфера в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком, влечет за собой увеличение риска возникновения хронического заболевания. Однако, позитивная социальная поддержка сказывается на ребенке следующим образом: у него повышается устойчивость к стрессам, и увеличивается невосприимчивость к заболеваниям.

Основополагающим фактором формирования и развития большинства заболеваний пищеварительной системы у детей, в том числе хронические и острые формы, является именно хронические и острые инфекции. Но так как острая инфекция чаще всего является фактором этиологическим (например, кишечные инфекции и хронический колит), то хроническая вирусная инфекция при хроническом гепатите (бактериальная – *Helicobacter pylori* – при гастродуоденальной патологии, грибковая – при хроническом холецистите) играют роль и патогенетического фактора. На данный момент, существует множество исследований, которые безусловно подтверждают роль инфекций в формировании, развитии и протекании заболеваний, который проникают в желчный пузырь и внутрипеченочные желчные ходы из кишечника, а также гематогенно и по лимфатическим путям [22, с. 81].

В условиях экологической катастрофы и экономического неблагополучия роль всех вышеописанных факторов, которые взаимосвязаны и не могут рассматриваться отдельно друг от друга, возрастает в разы. Внимание ученых в последнее время приковано к сфере питания (количественным и качественным нарушениям), которые всегда считались главной проблемой развития заболеваний пищеварительной системы. Особенное значение алиментарных факторов риска в возникновении хронической гастродуоденальной патологии уже давно было доказано как отечественными, так и зарубежными авторами – согласно механической теории Г. Ашова, сосудистой теории Г. Вирхова, пептической теории Квинке. Нарушение режима питания, прием избыточного объема пищи, слишком горячей и холодной пищи, острых приправ и специй,

недостаточное пережевывание пищи, еда всухомятку и другие погрешности приводят к травматизации покровного эпителия, нарушению кровоснабжения и процессов регенерации, способствуют чрезмерно быстрой эвакуации пищи и повышению агрессивности кислотно пептического фактора [18, с. 5]. Рациональное, правильное (естественно) вскармливание детей после их рождения и в течение первого года жизни – это самая надежная и верная профилактика для развития дальнейших патологий – избыточного веса, заболеваний поджелудочной железы, ЖКТ, почек, сердца и т.д. И в таких условиях первый год жизни ребенка – это самый критический период его жизни, так как именно на этот возраст приходится самый интенсивный период роста, развития и формирования организма ребенка, именно поэтому дети в раннем возрасте наиболее подвержены влиянию алиментарных факторов и наиболее уязвимы. Наилучшее питание для грудных детей и детей в раннем возрасте – это основной фактор, и в то же время проблема, при несоблюдении правильного вскармливания, который характеризует степень адаптации ребенка к внешнему миру, социуму и определяет возможности развития организма ребенка, состояние иммунитета и темпы психического и физиологического развития [19, с. 20].

Проблема аллергических реакций в организме ребенка издавна была актуальной. Но в последние десятилетие, пищевые аллергии и пищевые непереносимости стали глобальной медицинской проблемой. Ведь только атопия прослеживается в 2040% детской популяции в различных регионах мира, и начало и формирование отдельных нозологических форм аллергической патологии приходится именно на детский возраст [13, с. 174]. На данный момент до 3035% населения во всем мире подвержены аллергиям, среди которых наибольшую часть составляет пищевая. Еда – это необходимая часть человеческой жизни, без которой невозможно существование человека, и в том числе ребенка, но главное, еда является источником потенциальных антигенов. Слизистая оболочка ЖКТ за время своего функционирования

сталкивается с огромным количеством аллергенов, продуктами гидролиза питательных веществ, разнообразной патогенной микрофлорой, что поступает с пищей извне. Согласно клиническим исследованиям за последние двадцать лет, роль иммунитета неопределима не только при хроническом гастродуодените, но и при язвенной болезни. За это время было опубликовано немало работ с описанием формирования интенсивных болей в эпигастрии у пациентов, которые употребляют пищу с высоким содержанием аллергенов [20, с. 44].

Таким образом, к основным факторам формирования и развития заболеваний пищеварительной системы уместно отнести следующие: наследственность и генетика (особенно выражено при хронических заболеваниях органов гастродуоденальной зоны); психоэмоциональные и социальные факторы (лабильность эмоциональной сферы и гомеостаза у детей создают предпосылки для возникновения функциональных и органических заболеваний пищеварительных органов); инфекционный фактор (большинство тяжелых форм заболеваний пищеварительной системы обусловлено острыми и хроническими инфекциями), алиментарные факторы (условия экологического и экономического неблагополучия увеличивают подверженность детей заболеваниям пищеварения), аллергические факторы (значительное увеличение распространенности пищевой аллергии и пищевой непереносимости).

### **1.3. Основные признаки заболеваний пищеварительной системы**

Основные жалобы характерные заболеваниям органов пищеварения: изжога, рвота, отрыжка, икота, неприятный вкус во рту, тошнота, боли, потеря или повышение аппетита, частый жидкий стул, запоры, непереваренные волокна в кале, метеоризм, нарушения прохождения пищи по пищеводу. Симптомы заболеваний пищеварительной системы зависят от специфики заболевания пищеварительной системы. Так, гастрит у детей сопровождается следующими признаками: болезненность в области желудка; боль в животе

набирает в силу в состоянии голода или переедания; изжога, «кислая» отрыжка, частые срыгивания; ощущение жжения в животе; диарея; усталость и апатичное настроение; сонливость; повышенный пульс; раздражительность и нервозность [9, с. 35]. Клиническая картина протекания заболевания во многом зависит от стадии. Так, при обострении возникает острая боль в животе, что непосредственно вызвано приемом пищи. Для фундального гастрита характерны ранние боли, для антрального – поздние. Преимущественно боли имеют ноющие и умеренный характер, иногда перерастая в интенсивные. Боль сопровождается диспепсическими расстройствами, отрыжкой, тошнотой, реже изжогой и рвотой. Длительность болей может варьироваться от нескольких дней до 1,5-2 недель. Нарушается общее состояние ребенка – слабость, ломкость в костях, незначительное повышение температуры, понижения настроения. При осмотре оказывается боль при пальпации и перкуссии живота, напряжение мышц брюшного пресса, положительный симптом Лазинка (боль при надавливании в подложечной области при втянутой животе). Характерно увеличение объема желудочной секреции, быстрое насыщение и тяга к дефекации во время еды - в основе которого лежит висцеро-висцеральный рефлекс, склонность к запорам [7, с. 48]. Течение болезни бывает латентным, рецидивирующим и непрерывным. По характеру секреции различают гастриты с пониженной, нормальной и повышенной секрецией. Фазы течения болезни: обострение, неполная клиническая ремиссия и полная клиническая ремиссия.

Далее выделим симптомы диспепсии у детей. Простая диспепсия чаще встречается у детей первых лет жизни. Она может развиваться остро или на фоне предвестников: беспокойства, снижения аппетита, срыгиваний, учащения стула. Через 3-4 дня частота стула достигает 5-7 раз в сутки, он становится жидким, неоднородной окраски, напоминая вид рубленого яйца с комочками белого, желтого и зеленоватого цвета, примесью слизи. При диспепсии у детей отмечается вздутие живота, частое отхождение газов, срыгивания, рвота. Ребенка беспокоят кишечные колики: перед актом дефекации он сучит

ножками, плачет. Аппетит снижается вплоть до отказа от еды, что приводит к приостановке нарастания массы тела (уплощению кривой прибавки веса). Простая диспепсия у детей продолжается 2-7 дней. На фоне диспепсии у детей может развиваться молочница, стоматит, опрелости [4, с. 342]. У ослабленных детей простая диспепсия может трансформироваться в токсическую форму. При этом появляется лихорадка, неукротимая рвота, частый (до 15-20 раз в сутки) стул, который быстро приобретает водянистый характер с комочками слущенного эпителия. Значительная потеря жидкости при рвоте и диарее сопровождается обезвоживанием, снижением тургора тканей, западением большого родничка, резким уменьшением массы тела. Лицо ребенка приобретает маскообразные черты с устремленным в одну точку взглядом; кожа и слизистые становятся сухими; рефлексы снижаются, могут возникнуть судороги. Токсическая диспепсия у детей может привести к нарушению сознания, развитию комы и гибели ребенка. Функциональная диспепсия у детей старшего возраста протекает с периодически возникающими абдоминальными болями (обычно вскоре после приема пищи), быстрым насыщением, тошнотой, ощущениями переполнения желудка, отрыжкой, изжогой, чередованием запоров или диареи. Расстройства пищеварения при диспепсии у детей часто обостряются в связи со стрессовыми ситуациями, сочетаются с головокружениями и потливостью.

В зависимости от вида панкреатита у детей могут проявляться разные симптомы болезни. Если это острая или реактивная форма – ее характерными признаками будут являться: повышенная раздражительность; тошнота и рвота; появление на языке белого налета; диарея; сухость в полости рта; повышение температуры тела до уровня 37 градусов и выше. В зависимости от возраста по-разному проявляется болевой синдром. В младшем возрасте болевой очаг концентрируется в области вокруг пупка, в то время как у детей от семи лет и старше боли распространяются на всю поверхность живота и могут отдавать в спину [8, с. 47]. Болезненный синдром такого же свойства проявляется и при

хронической форме панкреатита, а дополнительными признаками являются нарушения функций кишечника (запор или диарея), снижение веса, потеря аппетита и быстрая утомляемость. Главным проявлением дискинезии у детей является боль, положительные пузырные системы, и их характер зависит от формы дисфункции. Течение гипертонически-гиперкинетической дискинезии желчевыводящих путей у детей характеризуется приступообразными (схваткообразными, колющими, режущими) болями в правом подреберье, носящими кратковременный характер (5-15 мин.). При пальпации область желчного пузыря болезненна, определяются положительные пузырные синдромы. При гипертонической форме дискинезии желчевыводящих путей у ребенка часто возникает жидкий стул, тошнота, потеря аппетита, рвота, горечь во рту, общая слабость, головная боль. Провоцирующими факторами болевого и диспепсического синдрома, как правило, выступают физические нагрузки, употребление жареной или жирной пищи, отрицательные эмоции. В межприступные периоды самочувствие детей удовлетворительное; иногда их могут беспокоить непродолжительные спастические боли в животе [9, с. 71]. Гипотоническая форма дискинезии желчевыводящих путей у детей встречается редко. В этом случае боль в подреберье носит постоянный, ноющий, тупой характер; иногда возникает только распирающее и тяжесть в этой области. Могут возникать диспепсические расстройства: чередование запоров и поносов, снижение аппетита, отрыжка воздухом, метеоризм. Вследствие холестаза и перерастяжения желчного пузыря при пальпации определяется увеличенная и безболезненная печень.

Острый энтероколит сопровождается проявлениями в виде: вздутия живота; возникновения запора или поноса; понижения аппетита; тошноты; урчания в животе; резких болезненных ощущений в области кишечного канала; рвоты; общей ослабленности. Количество дефекации у ребенка в сутки может достигать до десяти раз. При этом в каловых массах могут располагаться прожилки слизи, крови. При инфекционном поражении у ребенка будут

подниматься температурные показатели до 39-40 градусов. Они могут удерживаться на таком значении довольно длительное время примерно до десяти-четырнадцати дней. При интоксикации организма возникают сопутствующие признаки в виде: болезненных ощущений в голове; озноба и развития лихорадочного состояния; понижения работоспособности; обезвоживания. Хронический энтероколит характеризуется размытой симптоматикой. Болезненное чувство в животе возникает после приема пищи или физических нагрузках. Из-за расстройства функциональности кишечника малыш может жаловаться на метеоризм, отрыжку, тошноту. При этом наблюдается чередование поносов и запоров. Нередко отмечаются изменение оттенка кожного покрова. Он становится сероватым. Волосы начинают выпадать, а ногти становятся ломкими [9, с. 102].

Таким образом, заболевания пищеварительной системы у детей характеризуются наличием изжоги, рвоты, отрыжки, икоты, неприятного вкуса во рту, тошнота, боли, потеря/повышение аппетита, частый жидкий стул или, наоборот, запоры, и т. д. При проявлении таких симптомов существует высокая вероятность наличия у ребенка заболевания пищеварительной системы, которое необходимо определить диагностическим путем. Так, например, для гастрита у ребенка характерно: боли ноющие, умеренные, иногда интенсивные, сопровождается диспепсическими расстройствами, отрыжкой, тошнотой, реже изжогой и рвотой, увеличение объема желудочной секреции, быстрое насыщение и тяга к дефекации во время еды, склонность к запорам. В свою очередь, при диспепсии у детей отмечается вздутие живота, частое отхождение газов, срыгивания, рвота. Ребенка беспокоят кишечные колики: перед актом дефекации он сучит ножками, плачет, аппетит снижается вплоть до отказа от еды. И для сравнения, некоторые отличия в симптомах имеет острая или реактивная форма панкреатита – ее характерными признаками будут являться: повышенная раздражительность; тошнота и рвота; появление на языке белого

налета; диарея; сухость в полости рта; повышение температуры тела до уровня 37 градусов и выше.

#### **1.4. Диагностика заболевания**

Каждое заболевание пищеварительной системы имеет особенности диагностики. Так, диагноз гастрита ставится при помощи методов: желудочный зонд – измерение pH-уровня внутри желудка; биопсия, проведенная с помощью эндоскопа; электрогастроэнтерография – вживление электродов в область желудочно-кишечного тракта; ультразвуковая диагностика органов, расположенных в животе; манометрия – измерение давления в желудке; сдача стандартных анализов [16, с. 19].

При подозрении на развитие панкреатита заболевания проводится ряд диагностических мероприятий, направленных на выявление степени тяжести и формы недуга, а также для дифференцирования от других патологий со схожими симптомами (аппендицит, язва желудка, почечные колики, холецистит). Диагностика предполагает следующие процедуры: обследование брюшины методом пальпации, который позволяет определить очаг боли и сделать предварительные выводы по поводу того, какие органы поражены; взятие образцов крови для проведения общего анализа – это позволяет установить факт развития воспалительных процессов, при которых в крови повышается уровень лейкоцитов и увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ); сонография (ультразвуковое обследование) брюшной полости (процедура применяется с целью определить степень увеличения поджелудочной и установить наличие некротических участков); выполнение компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Дополнительным методом выявления дисфункции поджелудочной железы может служить копрограмма. При панкреатите в каловых массах обнаруживаются скопления крахмала, непереваренной клетчатки и

нейтральных жиров [15, с. 119]. При наличии синдрома диспепсии у детей необходимо дифференцировать органическую или функциональную природу расстройства пищеварения. С этой целью ребенку проводится УЗИ органов брюшной полости (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы), эзофагогастродуоденоскопия, рентгенография желудка. Из лабораторных тестов используется исследование кала на *H. Pylori*, биохимические пробы печени, определение ферментов поджелудочной железы в крови и моче. С помощью бактериологического посева испражнений исключаются ОКИ, путем исследования кала на яйца гельминтов – глистная инвазия. Исследование копрограммы при диспепсии у детей выявляет единичные лейкоциты, немного слизи при большом количестве нейтральных жиров и свободных жирных кислот. Для оценки моторики верхних отделов ЖКТ выполняется электрогастрография; с целью исследования среды может потребоваться внутрипищеводная или внутрижелудочная рН-метрия, желудочное или дуоденальное зондирование.

Поскольку функциональные расстройства пищеварения практически всегда связаны с нарушениями со стороны нервной системы, дети с диспепсией должны быть проконсультированы детским неврологом и психологом [14, с. 55]. Дифференциальную диагностику функциональной диспепсии у детей следует проводить с лактазной недостаточностью, целиакией, дисбактериозом, кишечными инфекциями, гельминтозами. Дети с дискинезией желчевыводящих путей также направляются педиатром на консультацию к детскому гастроэнтерологу. Для уточнения клинического диагноза и определения типа дискинезии желчевыводящих путей у детей проводится комплекс клинических, лабораторных, инструментальных исследований [1, с. 140].

У пациентов с дискинезией определяется болезненность в проекции желчного пузыря и в эпигастральной области. Наиболее значимым в диагностике дискинезии желчевыводящих путей у детей является УЗИ желчного пузыря, с помощью которого оценивается форма, размеры,

деформации желчного пузыря, состояние протоков, наличие камней. Для определения сократительной способности желчного пузыря и состояние сфинктера Одди УЗИ желчного пузыря ребенку повторяется после приема провокационного завтрака. Дуоденальное зондирование у детей с дискинезией желчевыводящих путей позволяет оценить объем порций желчи, ее микроскопический и биохимический состав. При исследовании дуоденального содержимого могут быть обнаружены признаки воспаления, склонность к формированию камней, лямблии и др.

С целью исключения других заболеваний ЖКТ ребенку может выполняться гастроскопия, анализ кала на гельминты, копрограмма, бакпосев на дисбактериоз, биохимическое исследование крови. Своевременная диагностика и адекватное лечение дискинезии с учетом ее типа позволяет нормализовать процессы желчеотведения и пищеварения, предупредить воспаление и раннее камнеобразование в желчевыводящих путях у детей. Длительное нарушение в работе желчевыводящей системы может приводить к развитию холецистита, холангита, желчнокаменной болезни, дисбактериоза кишечника [10, с. 137].

При энтероколите диагностическое исследование включает в себя: сдачу каловых масс на копрограмму. Такой метод позволит выявить наличие слизи, крови и остатков непереваренных продуктов; сдачу крови на общий анализ. Применяется для подтверждения наличия воспалительного процесса в организме. Об этом будет свидетельствовать повышение уровня лейкоцитов и СОЭ; бактериологический посев каловых масс. Данный способ исследования позволяет определить тип возбудителя. Проводится в том случае, если имеются подозрения на инфекционное поражение; колоноскопию и ректороманоскопию. Дают возможность осмотреть кишечный канал и выявить место пораженности; рентгенологическое исследование. Чтобы провести данные манипуляции, ребенку нужно ввести контрастное вещество в кишечную полость. Это

позволяет увидеть аномальные изменения и установить их место локализации [24, с. 753].

Исходя из вышенаписанного, можно сделать вывод о существовании разных подходов к диагностике заболеваний пищеварительной системы. Так, например, диагностика гастрита имеет следующую схему: желудочный зонд – измерение pH-уровня внутри желудка; биопсия, проведенная с помощью эндоскопа; электрогастроэнтерография – вживление электродов в область желудочно-кишечного тракта; ультразвуковая диагностика органов, расположенных в животе; манометрия – измерение давления в желудке; сдача стандартных анализов. Пациенту могут быть назначены не все методики обследования сразу. Все зависит от сопутствующей симптоматики и типа болезни. По результатам такой диагностики можно сделать однозначный вывод о наличии у ребенка гастрита, или же о существовании другого заболевания пищеварительной системы и необходимости подбора иной диагностики.

## **1.5. Лечение и профилактика заболевания пищеварительной системы**

Следующим этапом после диагностики конкретного заболевания у ребенка является лечение. Выбор правильной методики зависит от индивидуального случая заболевания, симптоматики и сложности протекания (острые и хронические формы, состояние кислотности желудочного сока и т.д.). Поэтому следует подробнее рассмотреть методику лечения для каждого заболевания пищеварительной системы у ребенка.

Так, назначение лекарственных средств для лечения гастрита у детей зависит от типа гастрита, причины его возникновения и собранного анамнеза пациента: при сниженном уровне кислотности желудочного сока – пантаглоцид (натуральное средство, снимающее воспаление и спазмы), медикаменты, содержащие ферменты; для восстановления слизистой оболочки желудка – витамины группы В, липоевая кислота, пантотенат, фитотерапия

(лечение травами); при повышенном уровне кислотности желудочного сока – препараты-антациды, адсорбенты, препараты с антисекреторными функциями, облепиховое масло, солкосерил; при сильной болезненности в области живота – анальгетики, спазмолитики, минеральная вода Боржоми, Ессентуки [21, с. 145].

Детский гастрит успешно лечится с помощью физиотерапевтических методов. При острой степени развития гастрита боли в животе снимают сеансы лазера, ультразвуковые волны. В пассивной стадии болезни назначают электрофорез, прием витаминов группы В, а также кальция [2, с. 133].

Легкие формы алиментарной диспепсии у детей лечатся амбулаторно. Главным компонентом терапии простой диспепсии у детей является отмена продукта, приведшего к нарушению пищеварения, соблюдение диеты и режима питания в соответствии с возрастом ребенка. Грудным детям рекомендуется заменить 1-2 кормления в день водно-чайной паузой и сократить объем других кормлений. Ребенку дают пить глюкозо-солевые растворы, морковно-рисовый отвар, некрепкий чай. Для улучшения пищеварения при диспепсии у детей назначаются ферменты (панкреатин); для выведения токсинов – сорбенты; для снятия болей – спазмолитики. Поскольку в основе 75 % случаев синдрома диспепсии у детей лежит нарушение моторики желудка, целесообразно назначение прокинетики. При повышенном газообразовании осуществляется введение газоотводной трубки, используются сухое тепло на живот. Среднетяжелые и тяжелые формы диспепсии у детей необходимо лечить в условиях стационара. Токсическая диспепсия у детей требует назначения антибактериальных препаратов. Необходимо внимательное наблюдение за динамикой состояния ребенка, осмотр характера рвотных масс и испражнений, предупреждение аспирации рвотных масс в дыхательные пути [8, с. 48]. Простая диспепсия обычно заканчивается выздоровлением детей через несколько дней и не влечет за собой осложнений. Прогноз органической и парентеральной функциональной диспепсии у детей во многом зависит от течения основного заболевания. Профилактика диспепсии у детей сводится к

соблюдению возрастной диеты, сроков и последовательности введения прикормов, гигиены кормления, своевременному и адекватному лечению инфекционных и общесоматических детских болезней.

Основной метод лечения панкреатита у детей – консервативная медикаментозная терапия, в ходе которой не только купируются симптомы болезни, но и устраняются возбудители патологии (при их наличии), а также восстанавливается функциональная деятельность больного органа [10, с. 240]. Лечение всегда проводится в стационаре, при этом перед началом курса терапии ребенку необходимо на протяжении 24-48 часов не есть. В этот период для поддержания жизнедеятельности организма ставятся капельницы с растворами, содержащими ингибиторы протеолитических ферментов, глюкозу, Реополиглюкин, плазму и Гемодез. Если лечение назначается несвоевременно или терапия подобрана некорректно – назначается хирургическая операция. В зависимости от стадии прогрессирования патологии и состояния тканей органа это может быть дренирование развившихся абсцессов, резекция, некрэктомия (удаление мертвых тканей) или холецистэктомия (удаление желчного пузыря, от которого распространяются патологические процессы) [20, с. 69]. В основном такие вмешательства требуются на поздних стадиях панкреатита, когда для предотвращения распространения патологических процессов необходимо удалить омертвевшие ткани. Основу продуктивного лечения детей с дискинезией желчевыводящих путей составляет диетическое питание с ограничением употребления жирного, жареного, острого, соленого, сладостей, газировки. Рекомендуется дробное (5-6 раз в день) питание, обогащение рациона продуктами с высоким содержанием растительной клетчатки, витаминов А, В, С, бифидо- и лактобактерий, растительными рафинированными маслами. Необходимо регулирование двигательного режима ребенка, создание благоприятного эмоционального фона (приложение 1). Основу лечения гипертонически-гиперкинетической дискинезии желчевыводящих путей у детей составляют холеретики и холеспазмолитики

(фламин, препараты сухой желчи). Хорошо зарекомендовали себя в терапии дискинезией желчевыводящих путей у детей психотерапия, акупунктура, физиотерапия, массаж шейно-воротниковой зоны [18, с. 6]. Применяются желчегонные препараты с холинокинетическим эффектом (ксилит, сорбит, сульфат магния), растительные настои (кукурузные рыльца, шиповник, календула); проводятся лечебные желчегонные тюбажи. Из физиотерапевтических методов используется гальванизация, электрофорез с сульфатом магния, токи Бернара.

Лечение энтероколита у детей в большинстве случаев проводится в домашних условиях. Но возможна госпитализация при: повышении температурных показателей выше 38 градусов; сильном ухудшении общего состояния организма; обезвоживании; дефекации выше десяти раз за двенадцать часов; детском возрасте меньше одного года. При выборе лекарственных средств учитывается симптоматика, форма заболевания и причина развития. При инфекционной пораженности пациенту выписывают антибиотики в виде пенициллинов или аминогликозидов. Чтобы нормализовать процесс пищеварения, нужно употреблять ферментные препараты в виде панкреатина, мезима или креона. Если диагноз подтвердился, то пациенту необходимо соблюдать диету. В течение первых суток надо принимать только жидкости. Это позволит быстро избавить организм от вредных веществ и восстановить баланс. Через сутки рацион можно увеличить. Детям разрешается кушать сухари, галеты, рисовую кашку на воде, овсянку. Все можно запивать компотом из изюма, чуть подслащенным чаем. Через два-три дня после прекращения симптомов в рацион можно вводить кисель, овощи и фрукты в отварном виде, яйца и омлет на воде, куриный бульон и белое мясо, компот из сухофруктов, творог и йогурт без добавок.

Одними из важных направлений профилактики заболеваний пищеварительной системы у детей можно представить следующие:

Рациональный режим питания. Питание детей должно быть регулярным. Наиболее рациональным является четырехразовый прием пищи в одни и те же часы суток. Интервал между приемами пищи должен составлять 4-5 часов. Благодаря этому удастся обеспечить равномерную функциональную нагрузку на пищеварительный тракт, что способствует созданию условий для полной обработки пищи. Продукты, богатые белком, особенно в сочетании с жиром, дольше задерживаются в желудке ребенка и требуют большого количества пищеварительных соков. На ужин детям желательно предлагать молочно-растительную, легко усваиваемую пищу. Вечерний прием пищи рекомендуется не позднее, чем за 2-3 часа до отхода ко сну. Так, ежедневно в меню необходимо включать суточную норму молока, сливочного и растительного масла, сахара, хлеба, мяса. В меню детей должны быть салаты из сырых овощей, свежие фрукты (ежедневно), в качестве третьих блюд следует давать свежие или консервированные соки, фруктовые пюре для детского питания. Рекомендуется также готовить комбинированные гарниры из набора овощей. Хлеб желательно предлагать несдобный, малокалорийный. Обязательно употребление в пищу кисломолочных продуктов. В питании дошкольников недопустимо использовать жирные сорта мяса, не предназначенные для детского питания сосиски, колбасы, майонез; продукты, содержащие генетически модифицированные компоненты, животные жиры, газированные напитки. Рекомендуется ограничивать в питании легкоусвояемые углеводы - сладости и выпечку.

Важно правильно организовать питьевой режим ребенка в домашних условиях и в детском учреждении. Родителям и воспитателям нужно следить, чтобы дошкольник регулярно потреблял чистую воду равномерно в течение дня. Питьевая вода должна быть доступна ребенку в течение всего времени его нахождения в детском саду. Ориентировочный объем потребления воды дошкольником зависит от времени года, двигательной активности и в среднем составляет 80 мл на один килограмм его веса. При нахождении ребенка в

дошкольном учреждении полный день, он должен получить не менее 70% суточной потребности в воде. Температура питьевой воды должна быть 18-20 °С.

Соблюдение правил личной гигиены. В детском саду и дома следует объяснять ребенку важность соблюдения личной гигиены: мытья рук до еды, до и после посещения туалета. В условиях детского сада у ребенка возможна задержка опорожнения кишечника и, как следствие, болезненность процесса дефекации. Для решения этой проблемы нужно приучать ребенка опорожнять кишечник утром в спокойной домашней обстановке, для чего следует организовать ему ранний подъем, зарядку, прием прохладной воды [19, с. 21].

Формирование здорового образа жизни. Ребенок должен знать основные понятия - «польза» и «вред» продукта, не заменять полноценный прием пищи чипсами, пиццей, конфетами и т.д. Формированию здорового образа жизни помогает также раннее разъяснение негативного влияния на здоровье табакокурения, употребления алкоголя, энергетических напитков, жевательной резинки.

Различные физические упражнения - ходьба, плавание, теннис, езда на велосипеде, катание на коньках и лыжах и т. д. способствуют укреплению разных групп мышц, в т. ч. брюшного пресса, что оказывает благотворное влияние на организм в целом и на пищеварительную систему в частности. Закаливающие мероприятия повышают защитные силы организма, снижает уровень заболеваемости вирусными, бактериальными инфекциями и, соответственно, уменьшают частоту применения антибиотиков и риск развития дисбактериоза кишечника.

Важная составляющая профилактики заболеваний ЖКТ у детей – устранение психотравмирующих ситуаций, спокойная, без излишних эмоциональных и физических нагрузок, обстановка как дома, так и в детском саду, полноценный режим дня и отдыха, ограниченное время просмотра телепередач и игры за компьютером.

Таким образом, лечение и профилактика заболеваний пищеварительной системы у детей базируются на принципах лечения органов пищеварительной системы, которые приводят к исключению причин и факторов риска или уменьшения их влияния, а также устранения их последствий. Наиболее эффективная работа проводится с детьми для уменьшения возникновений заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, а также выявление этих заболеваний на ранних стадиях их развития и обуславливает уменьшение рисков заболевания и играет превентивную функцию. В свою очередь лечение заключается в сочетании медикаментозного лечения и соблюдении диеты.

Итак, теоретический обзор литературы по проблеме заболеваний пищеварительной системы у детей показал, что заболевания пищеварительной системы у детей – это комплекс характерных, постоянных или периодически возникающих симптомов, сигнализирующих о нарушениях в работе пищеварительной системы или отдельного органа этой системы, имеют определенную зависимость от экзогенных, эндогенных и генетических факторов.

Своевременная диагностика и адекватное лечение дискинезии с учетом ее типа позволяет нормализовать процессы желчеотделения и пищеварения, предупредить воспаление и раннее камнеобразование в желчевыводящих путях у детей.

Основными направлениями профилактики являются рациональный режим питания; сбалансированный состав пищи; достаточное потребление жидкости; соблюдение правил личной гигиены; формирование здорового образа жизни; дозированная физическая нагрузка и закаливание; лечение острых и хронических заболеваний; благоприятный психологический климат в семье и детском коллективе.

## ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

### 2.1. Анализ статистических данных заболеваемости пищеварительной системы у детей по РФ и Белгородской области

Для понимания важности проблемы заболеваний органов пищеварительной системы у детей в целом, был проведен статистический анализ заболеваемости по России и Белгородской области. Общая численность детей в возрасте 0-14 лет с заболеванием пищеварительной системы, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ общей заболеваемости пищеварительной системы у детей по России и Белгородской области

	Общая заболеваемость			
	Абсолютное число		На 100 000 населения	
	2016	2017	2016	2017
РФ	3281133	3028486	13133,10	12534,63
Белгородская область	25666	21566	10686,1	8783,5

Сравнительный анализ заболеваемости органов пищеварительной системы детей по РФ и Белгородской области говорит о том, что по общей заболеваемости в Белгородской области она составляет 21,7% в 2016 году от показателя РФ, и 18,7% в 2017 году (Рис.1).

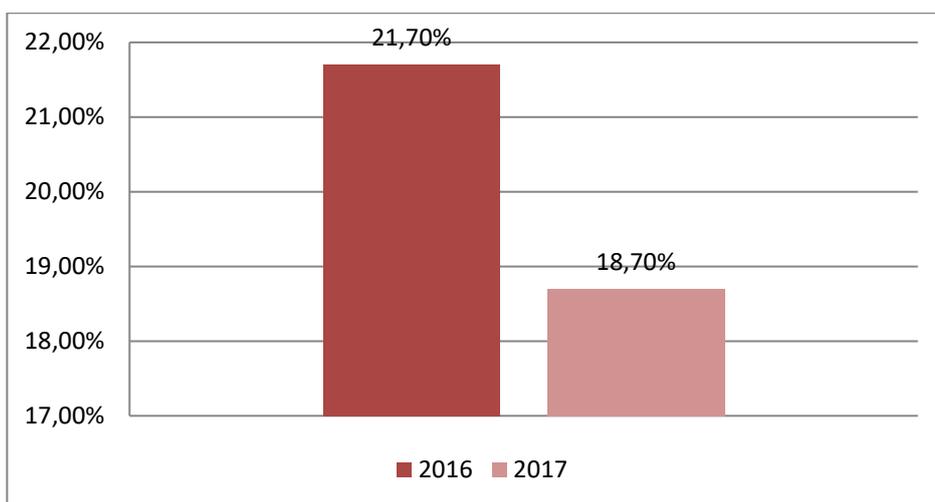


Рис.1. Процентное соотношение заболеваемости органов пищеварительной системы у детей по Белгородской области от общей заболеваемости по РФ

Так, в России отмечается снижение показателя заболевания на 252647 человек (или на -6,7%) в 2017 году по сравнению с 2016 годом. Аналогичная ситуация наблюдается в Белгородской области: общая заболеваемость органов пищеварения у детей снижается на 4100 человек (или -15,9%). Если говорить об общей заболеваемости на 100 000 населения, то можно отметить, что снижается данный показатель как по РФ: на 598,4 (-4,5%) в 2017 году по сравнению с предыдущим годом. В Белгородской области снижение заболевания на 1000 000 населения в России составляет в 2017 году 12534,63 человек.

Далее рассмотрим заболеваемость пищеварительной системы детей, диагноз у которых установлен впервые, таблица 2.

Таблица 2

Сравнительный анализ заболеваемости с диагнозом, установленным впервые по России и Белгородской области

	Абсолютное число		На 100 000 населения	
	2016	2017	2016	2017
По РФ	1780952	151596,5	7128,4	6059,14
По Белгородской области	10252	8364	4268,4	3406,5

По таблице 2 и рисунку 2 можно сказать, что количество детей, страдающих заболеванием пищеварительной системы по Белгородской области, составляют 5,7% от общего числа детей по РФ в 2016 году и 5,5% в 2017 году соответственно.

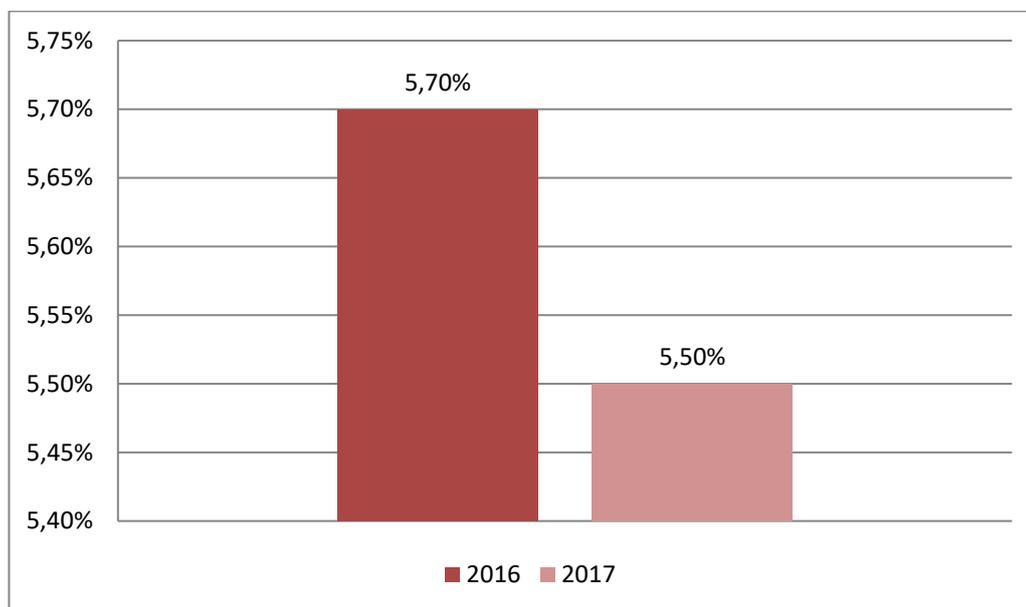


Рис.2. Процентное соотношение заболеваемости в Белгородской области от общей заболеваемости по РФ органов пищеварительной системы детей с диагнозом, установленным впервые

Как в России, так и в Белгородской области в период 2016-2017гг. отмечается снижение показателя заболеваемости органов пищеварительной системы у детей: на 1629356 (-8,5%) человек по России и на 1888 (-18,5%) детей по Белгородской области. В Белгородской области заболеваниями пищеварительной системы в 2016 году страдают 4268,4 детей на 100 тыс. населения, а в 2017 году – 3406,5 детей. По России данная цифра практически вдвое больше: 7128,4 детского населения на 100 тыс. человек в 2016 году и 6059,14 детей в 2017 году. Далее был проведен анализ заболевания органов пищеварительной системы детей в Белгородской области по различным группам болезней таблица 3.

Таблица 3

Общая заболеваемость органов пищеварительной системы у детей и заболеваемость с диагнозом, установленным впервые в жизни по Белгородской области по группам заболеваний

Наименование болезни	Дети (0-14 лет)							
	Общая заболеваемость				В т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни			
	Абсолютное число		На 100 000 населения		Абсолютное число		На 100 000 населения	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Язва желудка и 12-перстной кишки	83	67	34,6	27,3	17	8	7,1	3,3
Гастрит, дуоденит	4046	3692	1684,6	1503,7	865	737	360,1	300,2
Неинфекционный энтерит и колит	191	172	79,5	70,1	81	84	33,7	34,2
Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	1547	1283	644,1	522,5	245	144	102	58,2
Болезни поджелудочной железы	182	147	75,8	59,9	85	60	35,4	24,4

Исходя из результатов таблицы 3, можно сказать, что гастрит, дуоденит занимают ведущее место в разделе общей заболеваемости детей Белгородской области, где наблюдается снижение заболевания в 2017 году на 354 человека (-8,7%); Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей уменьшились в абсолютном показателе 264 человека (-17%). Показатели неинфекционного энтерита и колита, а также болезни поджелудочной железы в 2017 году по сравнению с предыдущим также снизились на 19 человек (-9,9%) и 35 человек (-19,2%) соответственно. Представим результаты общей заболеваемости органов пищеварительной системы у детей по группам органов пищеварения (Рис.3).

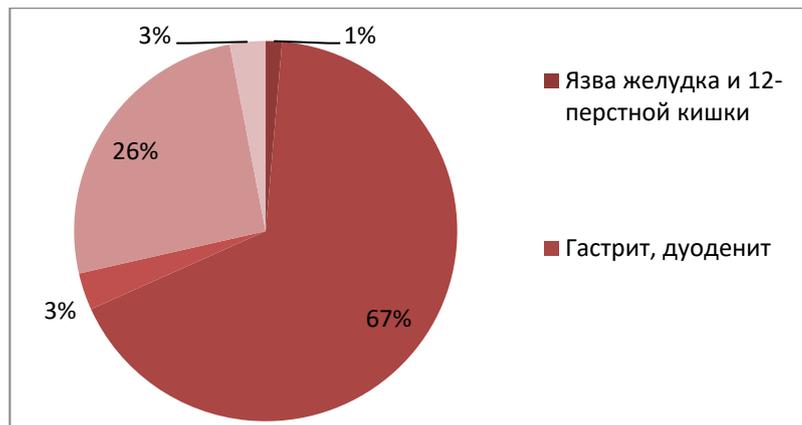


Рис.3. Общая заболеваемость органов пищеварительной системы у детей по группам органов пищеварения

По данным диаграммы можно сказать, что большая часть заболеваний пищеварительной системы у детей по Белгородской области составляют гастрит, дуоденит (67%), далее значительную часть составляют болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей (26%), остальные заболевания распределились: по 3% болезни поджелудочной железы и неинфекционный энтерит и колит; 1% - язва желудка и 12-перстной кишки.

## 2.2. Исследование «Оценка уровня информированности родителей по вопросам профилактики заболеваний пищеварительной системы у детей» ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Детская поликлиника №4

Данное исследование проводилось на базе педиатрического отделения ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Детская поликлиника №4 с целью изучения сестринской деятельности в вопросах профилактики заболеваний пищеварительной системы среди детского населения. Исследование проводилось методом социологического опроса (анкетирования) по специально разработанной анкете (Приложение 2). Исследуемую группу составили 30 человек, это дети и родители детей в возрасте от 1-14 лет, которые

ранее имели либо имеют на данный момент в анамнезе различные заболевания пищеварительной системы. На начальном этапе нашего исследования родители, принявшие участие в опросе, должны были ответить на вопросы общего порядка, касающиеся пола и возраста ребенка.

Распределение респондентов по половому составу показало, что в исследовании приняло участие 40% мальчиков и 60% девочек (Рис.4).

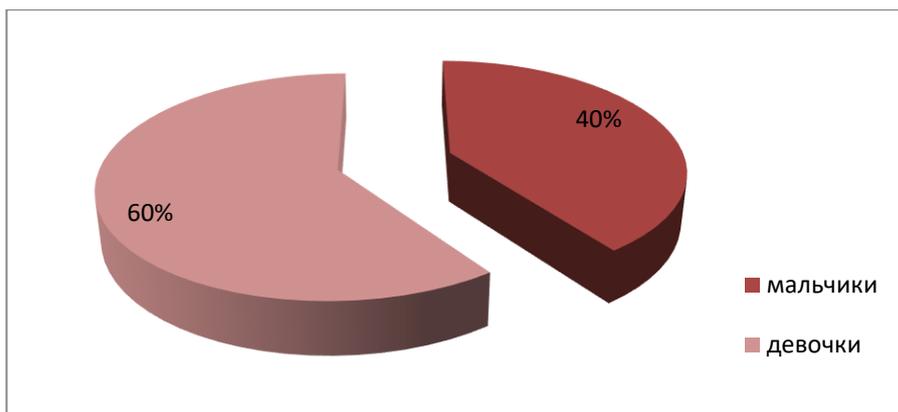


Рис.4. Распределение респондентов по половому составу, %

По рисунку 2 можно сказать, что большая часть респондентов женского пола – 60%, мальчики составили 40%.

Далее был определён состав детей по возрасту, который показал, что 10% составляли респонденты 1-3 года, 30% – 4-7 лет и 60% в возрасте 8-14 лет (Рис.5).

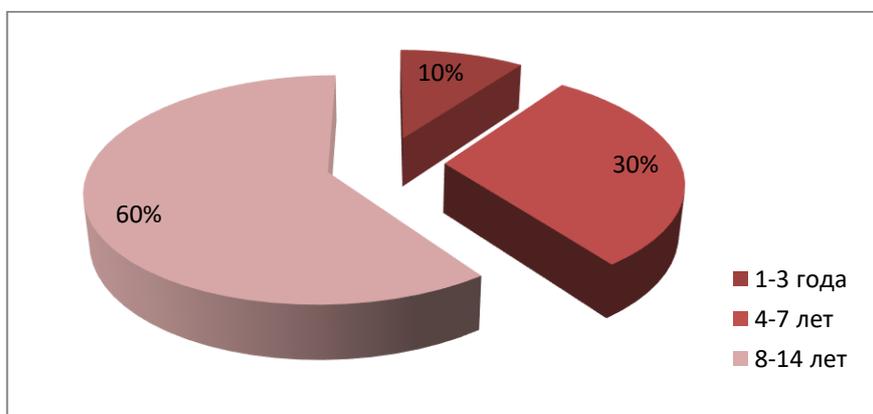


Рис.5. Состав респондентов по возрасту

По данным рисунка 5 видно, что большая часть детей (60%) в возрастной категории 8-14 лет. В целом возраст детей варьировал от 1-14 лет.

Вместе с тем, была определена длительность заболевания органов пищеварительной системы у детей, где было выявлено, что у 60% респондентов заболевание выявлено впервые, 20% - 3-6 месяцев назад, 10% - больше 1 года назад и 10% - более 3 лет назад (Рис.6).

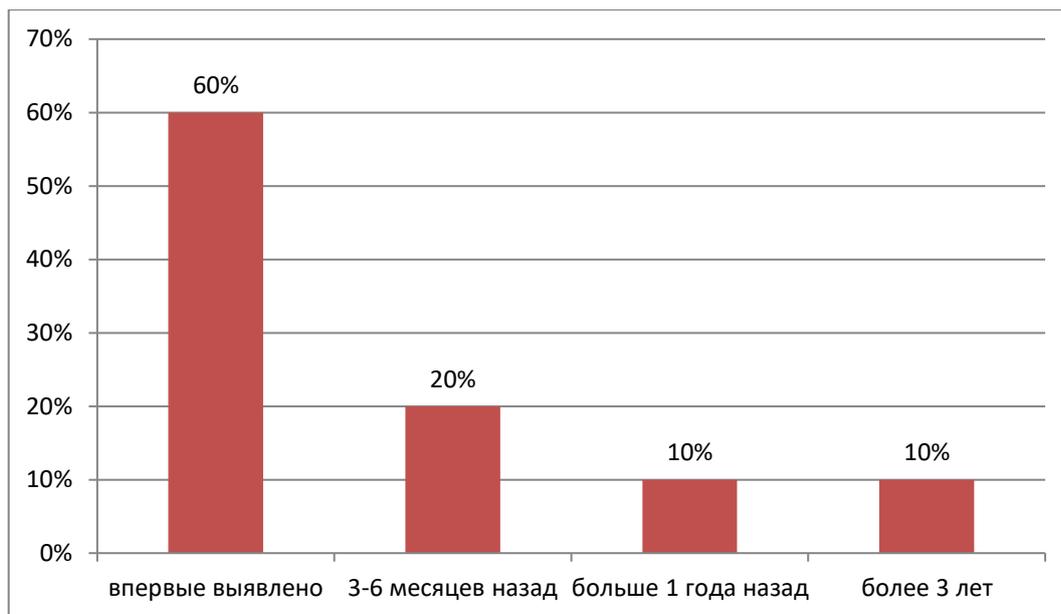


Рис.6. Продолжительность заболевания

Исходя из данных рисунка 6, можно сделать вывод, что у большей части опрошенных пациентов (60%) диагноз был поставлен впервые. У пятой части (20%) испытуемых заболевание наблюдается в течение 3-6 месяцев, у 10% больше 1 года назад и такое же соотношение детей (10%), которые имеют данный диагноз более 3 лет.

Далее родителям было предложено ответить на ряд вопросов, касающихся непосредственно развития и характера настоящего заболевания.

На вопрос: «Были ли осложнения данного заболевания у Вашего ребенка?», 90% опрошенных ответили отрицательно, и 10% положительно (Рис.7).

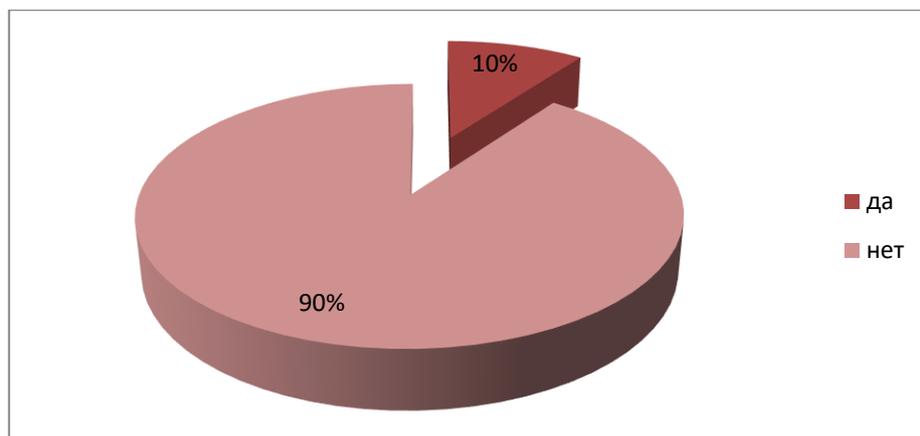


Рис.7. Ответ на вопрос: «Были ли осложнения данного заболевания у Вашего ребенка?», %

Таким образом, можно сказать, что у большинства респондентов (90%) не было осложнений заболевания пищеварительной системы.

На вопрос по поводу частоты возникновения обострений заболеваний пищеварительной системы у детей, которые имеют данное заболевание не в первый раз, большая часть опрошенных родителей (70%) ответили, что 1 раз в год. 20% 1 раз в полгода, остальные 10% склонны к обострениям 1 раз в три месяца (Рис.8).

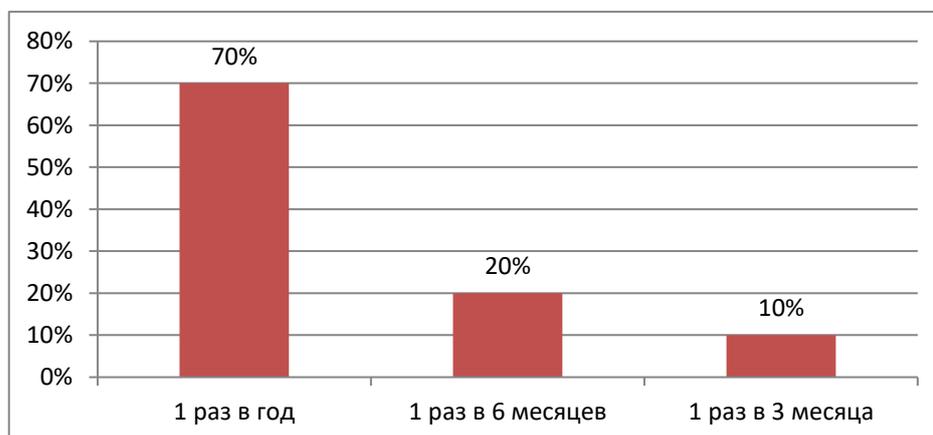


Рис.8. Ответ на вопрос: «Как часто наступает обострение заболевания у Вашего ребенка?», %

Из результатов диаграммы можно сказать, что у большей части респондентов (70%) обострение наступает 1 раз в год.

Далее на вопрос: «Регулярно ли питается Ваш ребенок?», 70% родителей ответили положительно, 30% – отрицательно (Рис.9).

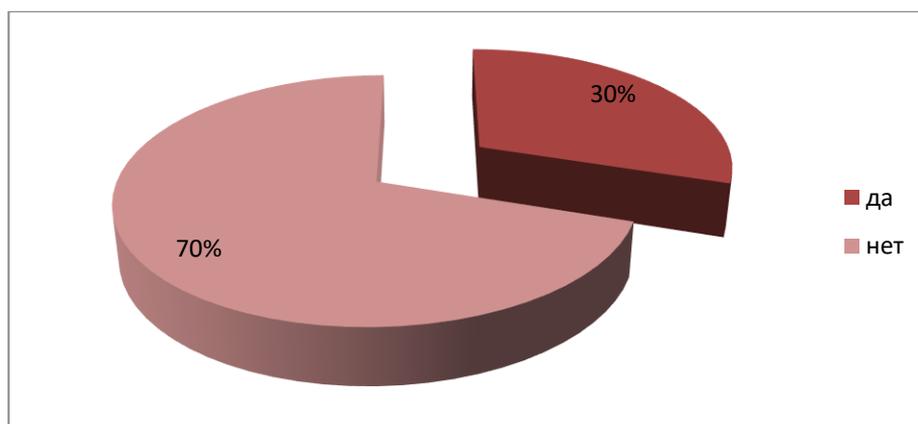


Рис.9. Ответ на вопрос: «Регулярно ли питается Ваш ребенок?»,%

Исходя из данных рисунка 9, можно сделать вывод, что большинство родителей (70%) строго и регулярно следят за частотой приемов детьми пищи. Остальные 30% родителей ссылаются на то, что нет возможности проконтролировать данный процесс в силу некоторых обстоятельств (большой занятостью на работе, либо не могут проконтролировать ребенка вне дома, когда он находится в детском саду или школе).

На вопрос: «Много ли в рационе Вашего ребенка овощей и фруктов?», 50% респондентов ответили положительно и 50% – отрицательно (Рис.10).

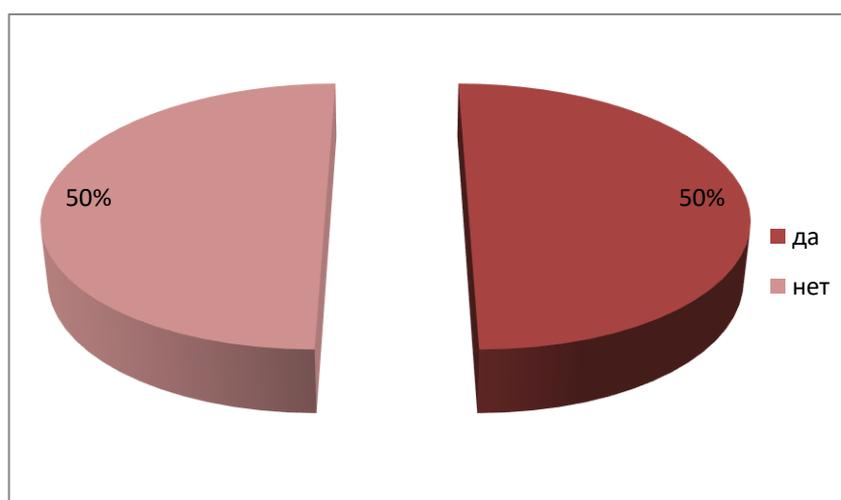


Рис.10. Ответ на вопрос: «Много ли в рационе Вашего ребенка овощей и фруктов?»,%

Результаты опроса родителей, по поводу содержащихся в рационе детей овощей и фруктов не могут не настораживать. Только половина (50%) респондентов отметили, что на постоянной основе их дети потребляют в пищу овощи и фрукты. Остальная половина родителей мотивировали свои ответы тем, что дети просто не любят, и не едят большинство овощей и фруктов.

Отношение детей к полезной пище, такой как каши, рыба и т.д. в 60% случаев – положительно и в 40% случаев - отрицательные (Рис.11).

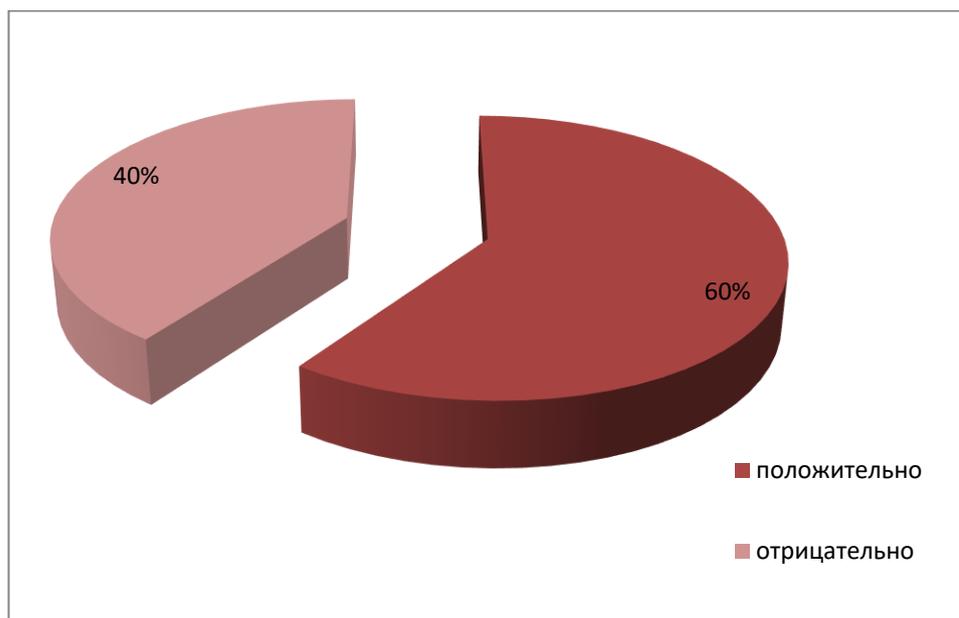


Рис.11. Ответ на вопрос: «Как Ваш ребенок относится к полезной еде: каше, рыбе и т.д.?»,%

Значительная часть детей, по данным исследования (60%), положительно относится к полезной пище, и практически ежедневно употребляют в пищу различного вида каши, а также на постоянной основе присутствуют в рационе блюда из рыбы (1-2 раза в неделю). Остальные 40% родителей отметили, что ни каши, ни рыбу дети не любят.

Далее на вопрос: «Во сколько последний прием пищи у Вашего ребенка?», 50% респондентов ответили: за 3 часа до сна, 30% – за 1 час до сна, 20% – перед сном (Рис.12).

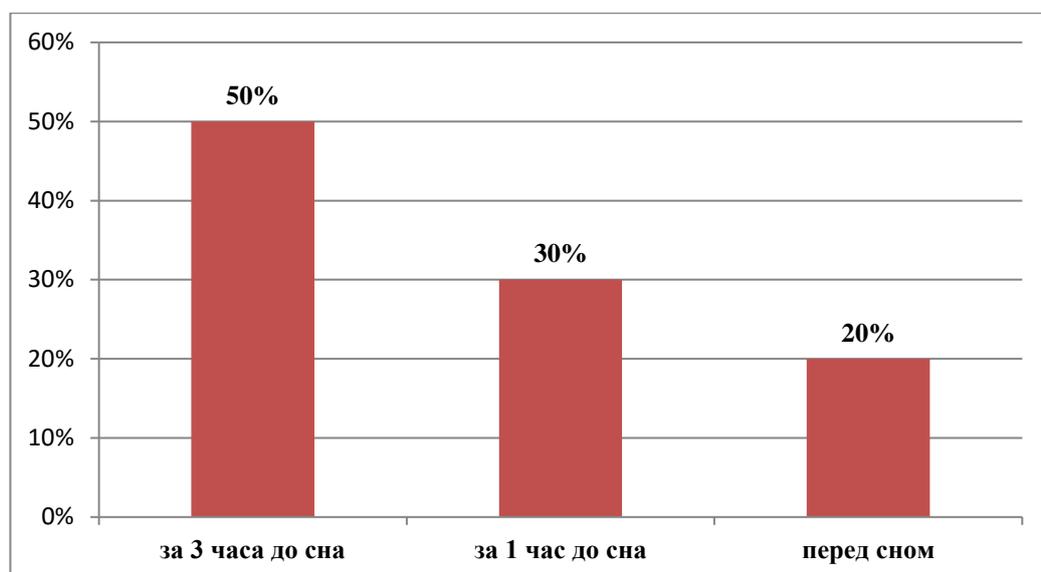


Рис.12. Ответ на вопрос: «Во сколько последний прием пищи у Вашего ребенка?»,%

Исходя из данных рисунка 12, принцип последнего приема пищи ребенком за 3 часа до сна соблюдают 50% опрошенных родителей. 30% могут накормить детей за 1 час до сна, 20% и вовсе не придерживаются каких-либо ограничений и могут позволить ребенку прием пищи перед сном.

На вопрос о том, что бы купил в магазине, ребенок, когда голоден, мнения родителей были сведены однозначно к единому мнению – это фаст-фуд, сладкая газированная вода и т.д. (100%). Ответы респонденты мотивировали тем, что дети дома, либо в присутствии взрослых в данном вопросе ограничены, и в момент отсутствия контроля дети естественно могут себе позволить купить нечто подобное, чтобы удовлетворить чувство голода.

Далее на вопрос: «С какими причинами Вы связываете возникновение у Вашего ребенка заболеваний пищеварительной системы?», 20% отметили наследственный фактор, 50% - несбалансированное питание, 20% - низкое качество продуктов; 10 % - стрессы (Рис.13).

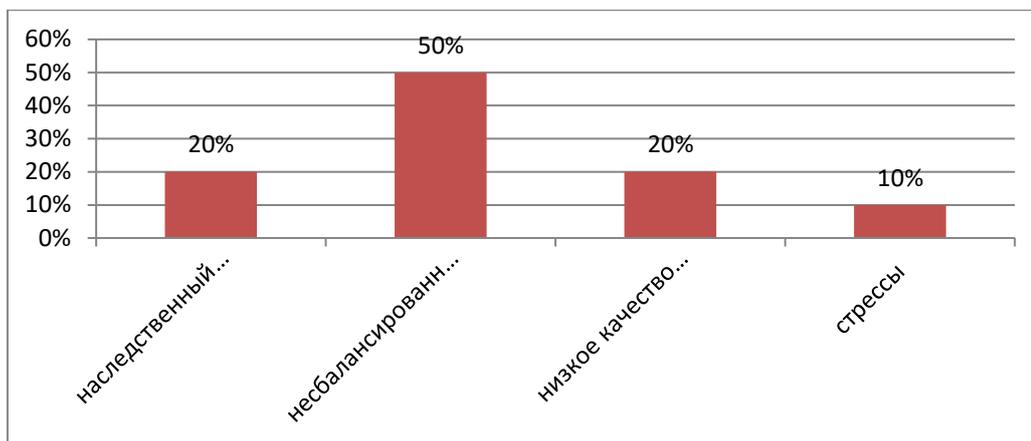


Рис.13. Ответ на вопрос: «С какими причинами Вы связываете возникновение у Вашего ребенка заболеваний пищеварительной системы?», %

Исходя из данных рисунка 13, причины, с которыми респонденты связывают развитие заболеваний пищеварительной системы у своих детей в 50% случаев, это несбалансированное питание. Низкое качество продуктов и наследственность отметили в 40% случаев (по 20% соответственно). Психоэмоциональные факторы отмечены среди 10% опрошенных родителей.

По вопросу факторов риска заболевания 40% отметили погрешность в питании, 30% наследственность, 20% – инфекционный фактор и 10% – стрессы (Рис.14).

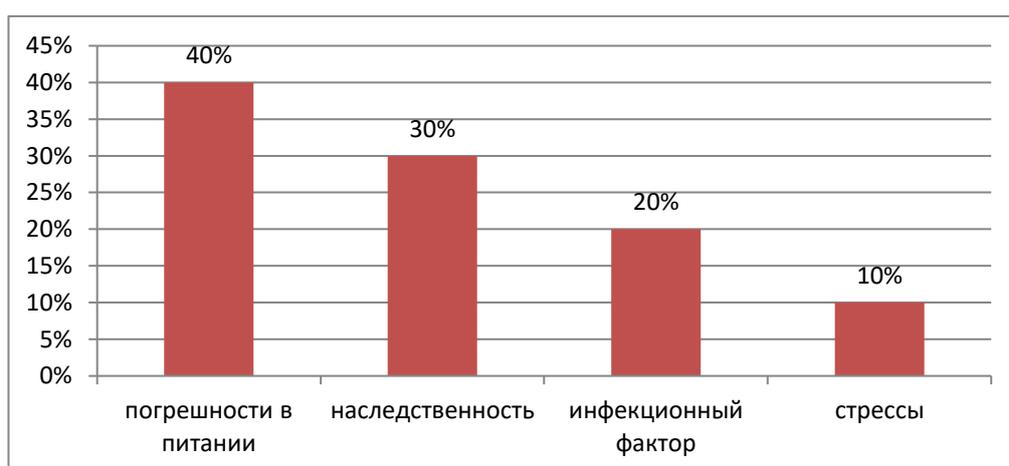


Рис.14. Ответ на вопрос: «Какие факторы риска, по Вашему мнению, существуют при болезнях пищеварительной системы?», %

Исходы из данных рисунка 14, можно отметить, что факторами риска развития заболеваний пищеварительной системы у детей в 40% случаев респонденты считают погрешности в питании, 30% отметили наследственный фактор. Инфекционный фактор был отмечен респондентами в 20% случаев. Остальные 10% респондентов считают, что присутствует фактор нестабильного эмоционального фона ребенка и виде постоянных стрессовых ситуаций, например, в процессе учебы.

Далее в ходе исследования мы выяснили, что 10% респондентов узнают о заболевании своего ребенка из книг, 40% - из телевидения, 20% - из интернет-источников; 30% - от медработников (Рис.15).

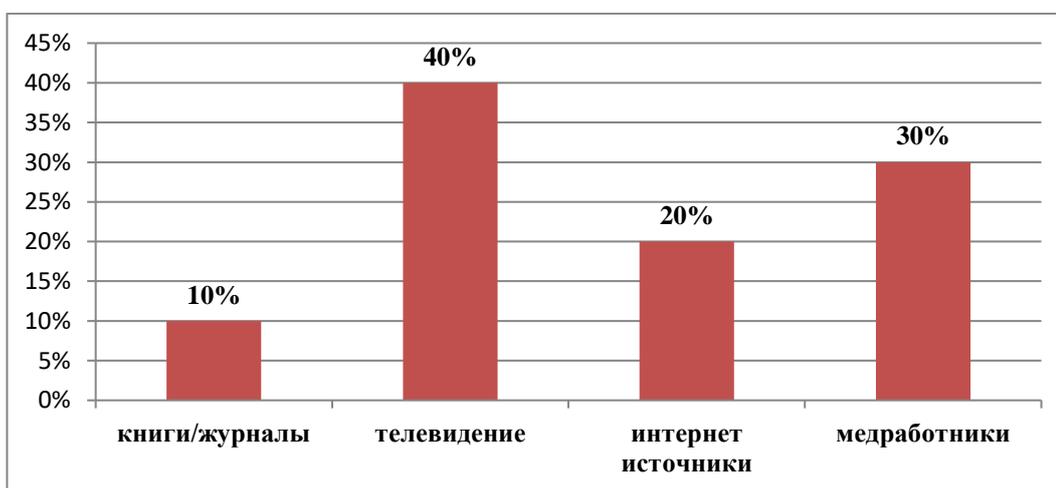


Рис.15. Ответ на вопрос: «Из каких источников Вы получаете информацию о болезни Вашего ребенка?», %

По данным рисунка15 видно, что большая часть респондентов – 70% получают информацию о заболевании ребенка из литературы (10%), телепередач (40%) и интернет источники (20%). Остальные 30% интересуются у медицинских работников.

Далее опрос показал, что 80% респондентов выполняют вместе с детьми все предписания врача и медицинских сестер относительно настоящего заболевания, 20% – не выполняют (Рис.16).

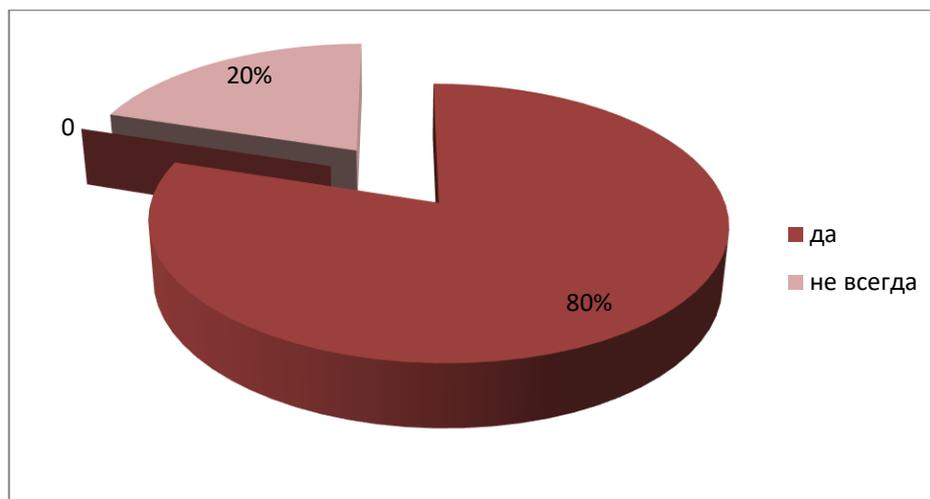


Рис.16. Ответ на вопрос: «Придерживается ли Ваш ребенок назначенной врачом лекарственной терапии?», %

Можно отметить, что большая часть пациентов (80%) полностью выполняет все предписания врача, у остальных 20% не всегда это получается, и делают это не регулярно.

На вопрос: «Знаком ли Ваш ребенок с профилактическими мероприятиями для предупреждения заболеваний пищеварительной системы?», 70% респондентов ответили положительно, 30% – отрицательно (Рис.17).

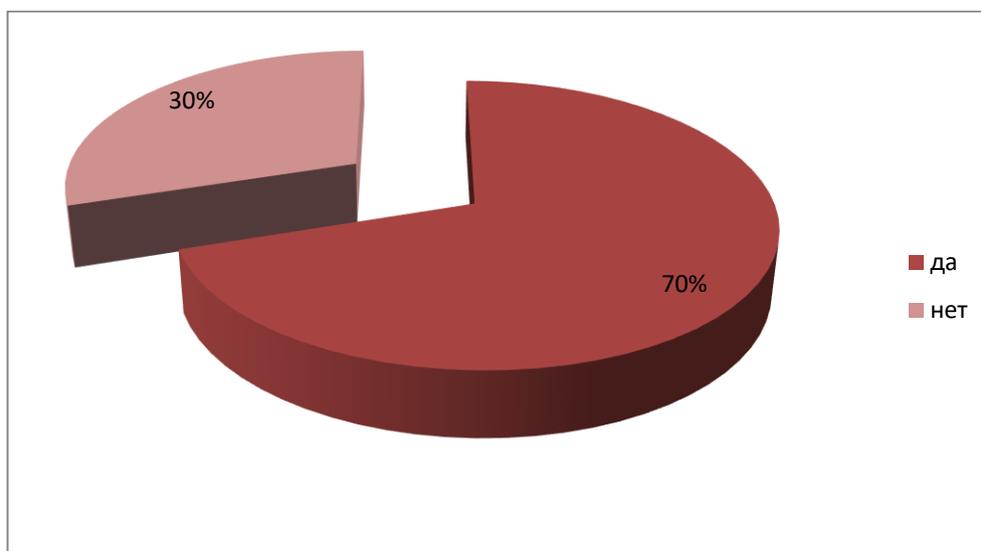


Рис.17. Ответ на вопрос: «Знаком ли Ваш ребенок с профилактическими мероприятиями для предупреждения заболеваний пищеварительной системы?», %

Из рисунка можно сказать, что с профилактическими мерами по предотвращению обострения заболеваний пищеварительной системы, знакома большая часть опрошенных родителей (70%). Оставшиеся 30% были не осведомлены либо владели информацией не в полном объеме.

В заключении, на вопрос: «В каком виде Вы бы предпочли получать информацию о профилактике заболевания Вашего ребенка?» 79% респондентов предпочитают получать информацию в виде памятки, 20% – в виде информационного листа, 10% – устно и 0% – ни в каком виде (Рис.18).

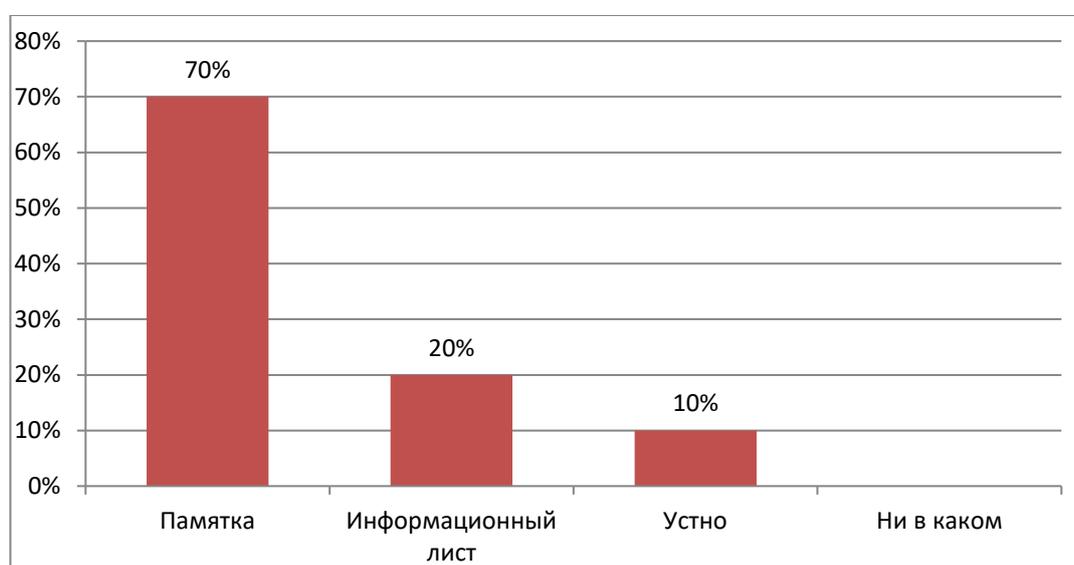


Рис.18. Ответ на вопрос: «В каком виде Вы бы предпочли получать информацию о профилактике заболевания Вашего ребенка?»

Из рисунка 18 видно, что 70% респондентов хотели бы видеть информацию о профилактике заболевания пищеварительной системы в виде памятки. Однако нашлись и те, кто хотел бы получать информацию в виде информационного листа, либо в устной форме. Таким образом, по итогам проведенного исследования была составлена памятка о профилактике заболеваний пищеварительной системы у детей (см. Приложение 3).

Данные анкетирования позволили сделать вывод, что у 60% детей диагноз был поставлен впервые. Причинами развития заболеваний пищеварительной

системы по мнению родителей, явились в 50% случаев - несбалансированное питание. Обострение заболеваний у детей отмечались у 70% - 1 раз в год. 70% опрошенных родителей строго и регулярно следят за частотой приемов пищи у детей. Только в 50% случаев респонденты утверждают, что их дети употребляют в пищу овощи и фрукты на постоянной основе. 60% детей положительно относятся к полезной пище, и практически ежедневно употребляют в пищу различного вида каши и блюда из рыбы (1-2 раза в неделю). Соблюдают принцип последнего приема пищи ребенком за 3 часа до сна - 70% опрошенных. Большая часть респондентов (80%) полностью выполняют все предписания врача. С профилактическими мерами, по предотвращению обострения заболеваний пищеварительной системы у детей, знакомы 70% родителей и детей.

В связи с ростом заболеваемости пищеварительной системы у детей, актуальным является своевременное и качественное профилактическое и диспансерное наблюдение. Необходимо осуществлять профилактические меры внутри семьи, снижающие риск возникновения заболеваний пищеварения у детей. Вместе с тем, своевременное информирование родителей о возможных причинах, вызывающих заболевания пищеварения у детей, об осложнениях, которые могут возникнуть, позволит снизить риск возникновения заболеваний органов пищеварительной системы у детей.

По итогам проведенного опроса были разработаны рекомендации для родителей и детей. К главным задачам профилактических мероприятий медицинской сестры относятся: предупреждение и борьба с факторами риска, активная пропаганда гигиены и здорового образа жизни, своевременное выявление начальных симптомов заболевания пищеварительной системы у детей, пока патология не перешла в хронический необратимый процесс, диспансеризация (наблюдение под врачебным контролем) и реабилитация (восстановление после болезни) детей с диагностируемым заболеванием

органов пищеварительной системы, своевременное лечение обострений (рецидивов) заболеваний пищеварительной системы.

Вместе с тем, предлагается организовать со стороны медицинской сестры беседы для родителей по вопросу профилактики заболеваний пищеварительной системы детей, распространять буклеты с таблицей рационального питания детей, периодически звонить и напоминать родителям о необходимости сдачи анализов, наблюдения у врача на предмет возможных заболеваний пищеварительной системы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания пищеварительной системы у детей – это комплекс характерных, постоянных или периодически возникающих симптомов, сигнализирующих о нарушениях в работе пищеварительной системы или отдельного органа этой системы, имеют определенную зависимость от экзогенных, эндогенных и генетических факторов.

Выделяют основополагающие факторы риска, которые непосредственно приводят к формированию у ребёнка заболевания пищеварительной системы, а именно: наследственность и генетика, психоэмоциональные и социальные факторы, инфекционный фактор, алиментарные и аллергические факторы.

Заболевания пищеварительной системы у детей характеризуются наличием изжоги, рвоты, отрыжки, икоты, неприятного вкуса во рту, тошнота, боли, потеря/повышение аппетита, частый жидкий стул или, наоборот, запоры, и т. д. Одними из важных направлений профилактики заболеваний пищеварительной системы у детей можно представить следующие: рациональный режим питания, достаточное потребление жидкости, соблюдение правил личной гигиены, физическая нагрузка и закаливание, благоприятный психологический климат.

Диагностика заболевания и выбор правильной методики лечения зависит от индивидуального случая заболевания, симптоматики и сложности протекания заболевания пищеварительной системы у детей.

Исследование: «Оценка уровня информированности родителей по вопросам профилактики заболевания пищеварительной системы у детей» ОГБУЗ Детская областная клиническая больница детская поликлиника №4 показало, что, наибольшее количество детей являются представители женского пола. Преимущественно пациенты распределены в возрастной категории старше 7-14 лет. У большей части детей (60%) диагноз был поставлен впервые. Причины, с которыми родители связывают развитие

заболеваний пищеварительной системы у своих детей в 50% случаев, несбалансированное питание. В 70% случаев обострения заболеваний пищеварительной системы у детей отмечались 1 раз в год. Также большинство родителей(70%) и регулярно следят за частотой приемов пищи у детей. В 50% случаев респонденты отметили, что на постоянной основе их дети не потребляют в пищу овощи и фрукты. Значительная часть детей, по данным исследования (60%) положительно относится к полезной пище, и практически ежедневно употребляют в пищу различного вида каши и блюда из рыбы. В половине случаев родители соблюдают принцип последнего приема пищи ребенком за 3 часа до сна. С профилактическими мерами, по предотвращению обострения заболеваний пищеварительной системы у детей, знакомы 70% опрошенных родителей

На основе проведенного опроса были разработаны рекомендации для родителей и детей, которые заключались в устранении всех предрасполагающих развитию заболеваний пищеварительной системы факторов.

Обеспечение должного уровня сестринской помощи является важной задачей любого ЛПУ, что возможно, с одной стороны, при разработке реальных критериев оценки работы среднего медицинского персонала, а с другой – при внедрении системы мероприятий, направленных на повышение уровня оказания медицинских услуг. Успех лечения целиком определяется качеством сестринской помощи и является обязательной составной частью лечения, влияющей на течение заболевания и выздоровления пациента.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов, А.А. Заболеваемость детского населения России: монография/ А.А. Баранов. – М.: ПедиатрЪ, 2013. – 280 с.
2. Бастриков, О.Ю. Современные технологии лечения болезней органов пищеварения: учеб.пособие / О. Ю. Бастриков, А. И. Долгушина, Н. В. Смагина. – Челябинск : Пирс, 2014. – 150 с.
3. Запруднов, А. М. Детские болезни. В 2 томах. Том 2 / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитоновна. - Москва: Высшая школа, 2016. – 764 с.
4. Запруднов, А.М. Современные аспекты профилактики заболеваний органов пищеварения у детей / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитоновна, Л.В. Богомаз // ЭиКГ. – 2013. –№1. – С.66-73.
5. Звягина, Н.М. Современные представления о хроническом гастрите у детей / Н.М. Звягина, О.В. Антонов // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – №6. – С. 16.
6. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. – М., 2017. – 170 с.
7. Зрячкин, Н.И. Хронический гастрит и гастродуоденит у детей дошкольного и школьного возраста / Н.И. Зрячкин, Г.И. Чеботарева, Т.Н. Бучкова // Вопросы детской диетологии. – 2015. – Т. 13. –№4. – С.46-51.
8. Ивашкин, В.Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, И.В. Маев, Е.К. Бранская, А.С. Трухманов, Т.Л. Лапина и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – № 26(6). –С.40-54.
9. Калинина, А.В. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей / под ред. А.В.Калинина, А.Ф.Логинова, А.И.Хазанова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. :МЕДпресс-информ, 2013. – 848 с.

10. Кильдиярова, Р.Р. Болезни органов пищеварения у детей. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации: учебное пособие / Р.Р.Кильдиярова. – М.: Умный доктор, 2015. – 320 с.
11. Кильдиярова, Р.Р. Здоровый ребенок. Медицинский контроль / Р.Р. Кильдиярова. - Москва: СИНТЕГ, 2016. – 269 с.
12. Лебедь, В. А. Справочник по педиатрии с сестринским процессом / В.А. Лебедь. - Москва: Высшая школа, 2016. – 592 с.
13. Мельникова, А.Ю. Детская гастроэнтерология : практическое руководство / под ред. И. Ю. Мельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 480 с.
14. Модестов, А. Заболеваемость детского населения России / А. Модестов. – М.: Литагент Педиатр, 2013.– 112 с.
15. Парамонова, Н.С. Болезни органов пищеварения у детей / Н.С. Парамонова, М.П. Волкова. – Гродно :ГрГМУ, 2014. – 320 с.
16. Полунина, Т.Е. Дискинезия желчевыводящих путей / Т.Е. Полунина // Римский консенсус IV. Терапия. – 2017. – №6(16). – С.18–19.
17. Порецкова, Г.Ю. Результаты диспансеризации школьников как основа для разработки индивидуальных профилактических программ в рамках медицинского обеспечения образовательного процесса / Г.Ю. Порецкова // Социальные аспекты здоровья населения. – Т. 6. – №6. – 2014. – С.14.
18. Семенова, Н.В. Болезни органов пищеварения у детей дошкольного возраста в крупном промышленном городе Сибири / Н.В. Семенова, Е.В. Щерба, Л.В. Демакова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №3. – С.5-6.
19. Сестринский процесс при заболеваниях органов пищеварения: учебное пособие для студентов /сост. С.А. Гуцуляк, ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России.- Иркутск, 2015.– 24 с
20. Скачко, Б. Г. Болезни органов пищеварения у детей / Б. Г. Скачко. – М.: ООО «Издательство «Мир и Образование», 2013. – 208 с.

21. Скубицкая, Л.Д., Севериновская О.В. Комплексный анализ показателей крови и кислотообразующая функция желудка при заболеваниях гепатобилиарной системы с сопутствующими патологиями // Вестник Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, Серия «Биология». 2016. – № 27. –С. 139-147.
22. Соколова, Н. Г. Сестринское дело в педиатрии. Практикум / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинская. - М.: Феникс, 2016. – 384 с.
23. Тульчинская, В.Д. Сестринская помощь детям / В.Д. Тульчинская. – М.: РГГУ, 2016. – 368 с.
24. Шабалова, Н.П. Педиатрия : учебник для мед. вузов / под ред. Н. П. Шабалова. – 6е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 959 с.
25. Шабанова, Н.П. Педиатрия / Н. П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 893 с.

**Анкета для пациента**

Уважаемые родители!

Заполните данную анкету, ответив на представленные вопросы. Мы гарантируем, что сведения, указанные в анкете, строго конфиденциальны и будут использоваться только для составления плана лечения Вашего ребенка.

**1. Укажите пол Вашего ребенка**

- мужской
- женский

**2. Укажите возраст Вашего ребенка**

**3. Какова длительность заболевания у Вашего ребенка?**

- впервые выявлено
- несколько месяцев
- несколько лет

**4. Были ли у осложнения данного заболевания у Вашего ребенка?**

- да
- нет

Если были осложнения, укажите, какие \_\_\_\_\_

**5. Как часто наступает обострение заболевания у Вашего ребенка?**

- 1 раз в месяц
- 1 раз в квартал
- 1 раз в пол года
- 1 раз в год
- не было несколько лет

**6. Регулярно ли питается Ваш ребенок?**

- да

- нет
- 7. Много ли в рационе Вашего ребенка овощей и фруктов?**
- да
  - нет
- 8. Как Ваш ребенок относится к полезной еде: каше, рыбе и т.д.?**
- положительно
  - отрицательно
- 9. Во сколько последний прием пищи у Вашего ребенка?**
- за 3 часа до сна
  - за 1 час до сна
  - могу поесть прямо перед сном
- 10. Что бы купил в магазине, Ваш ребенок, когда голоден?**
- полезную еду (крупы, рыбу, нежирное мясо и т.д.)
  - вредную еду (фаст-фуд и сладкую газированную воду и т.д.)
- 11. С какими причинами Вы связываете возникновение у Вашего ребенка заболеваний пищеварительной системы?**
- употребление лекарственных средств
  - наследственный фактор
  - несбалансированное питание
  - другое (укажите) \_\_\_\_\_
- 12. Какие факторы риска, по Вашему мнению, существуют при болезнях пищеварительной системы?**
- наследственность и генетика
  - психоэмоциональные и социальные факторы
  - инфекционный фактор
  - алиментарный фактор (связанный с питанием)
  - аллергические факторы
- 13. Из каких источников Вы получаете информацию о болезни Вашего ребенка?**

- из книг
- журналов
- из телепередач
- из интернета
- от друзей/ знакомых
- от медицинских работников
- другое (укажите) \_\_\_\_\_

**14. Придерживается ли Ваш ребенок назначенной врачом лекарственной терапии?**

- да
- нет
- не всегда

Если не придерживаетесь назначенной врачом терапии, то почему?  
(укажите) \_\_\_\_\_

**15. Знаком ли Ваш ребенок с профилактическими мероприятиями для предупреждения заболеваний пищеварительной системы?**

- да
- нет

**16. В каком виде Вы бы предпочли получать информацию о заболевании Вашего ребенка?**

- в устном виде
- в виде научной статьи
- в виде памятки для пациента
- другое (укажите) \_\_\_\_\_

**Спасибо за внимание!**

Памятка

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**



Заболевания органов пищеварения занимают ведущие места в структуре детской, подростковой заболеваемости. В период получения общего и профессионального образования организм учащегося испытывает повышенные нагрузки, как умственные, так и физические, что связано с большим расходом энергии и с высоким потреблением пищевых веществ.

Нарушение питания в этот период может привести к расстройствам жизнедеятельности организма, в том числе к возникновению и прогрессированию различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, органов кровообращения, изменениями со стороны нервной системы.

**Причины**

- нерациональная организация школьного питания,
- наличие недоедания
- отсутствие мотивации вести здоровый образ жизни в семье,
- недостатки медицинского обслуживания,
- несоблюдение гигиенических навыков.

Особенно большое значение для растущего организма имеет достаточное содержание в пище белка. В рационе детей и подростков белки животного происхождения должны составлять не менее 50% от общего количества пищи в рационе, а при повышенной нагрузке его количество необходимо повышать до 60%.

При дефиците белка могут возникать переутомление, снижение работоспособности, ухудшение успеваемости.

Учащимся образовательных учреждений необходимы полноценные жиры, в особенности сливочное и растительные масла. Потребность в углеводах у детей и подростков значительно выше, чем у взрослых.

**Особого внимания требует организация правильного питания учащихся, занимающихся спортом.**

В связи с высокой потребностью в энергии, которая затрачивается на мышечную работу, калорийность питания таких детей и подростков должна быть повышена в зависимости от нагрузки не менее чем на 10% от общей калорийности.

Для правильного развития организма, сохранения высокой работоспособности детям и подросткам необходимо соблюдение режима питания:

Приемы пищи должны проходить в одно время, небольшими порциями, чтобы не нагружать организм. Изменение интервалов между едой часто приводит к нарушению аппетита у детей и подростков.

После приема пищи, никогда не следует сразу ложиться. Во время еды нужно тщательно пережевывать пищу, не отвлекаясь на разговоры.

Учащимся образовательных учреждений требуется 4–5 разовый прием пищи в течение дня в зависимости от возраста, умственной и физической нагрузки.

В первую половину дня следует использовать продукты, богатые животным белком, а на ужин - молочно-растительные продукты.

В рационе детей должны ежедневно присутствовать мясо или рыба, молоко и молочные продукты, сливочное и растительные масла, хлеб, хлебобулочные изделия, овощи. В течение недели в питание обязательно следует включать крупы и макаронные изделия, сметану, сыр, яйца, творог, фрукты (плоды, ягоды) или фруктовые соки, в том числе витаминизированные напитки.

**Огромную роль в сохранении здоровья ребенка играют социально-гигиенические факторы, определяющие образ жизни семьи:**

- соблюдение элементарных правил гигиены: банальное мытье рук — мощнейший инструмент защиты от бактерий. Ежедневная гигиена полости рта также необходима для профилактики заболеваний пищеварительного тракта;

- устранение психотравмирующих ситуаций; старайтесь ограждать детей от стрессов и перенапряжения - они могут спровоцировать возникновение и развитие различных заболеваний, в том числе, и органов пищеварения;

- формирование здорового образа жизни у подростков, негативного отношения к табакокурению, алкоголизму, наркомании, токсикомании, игромании;

- коррекция режима дня;

- активный образ жизни, борьба с гипокинезией.