

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.  
АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра общая врачебная практика № 1

# СРС

**ТЕМУ : «СОСТАВЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО  
КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК С ФОНОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»  
(гипотрофия)**

Выполнила: Оспанова Г.А  
Студентка 5 курса ОМ 066-1  
Проверила: Оналбаева Б.Ж

Алматы- 2017

## Определение

- БЭН – недостаточное питание ребенка, которое характеризуется остановкой или замедлением увеличения массы тела, прогрессирующим снижением подкожной основы, нарушениями пропорций тела, функций питания, обмена веществ, ослаблением специфических, неспецифических защитных сил и астенизации организма, склонности к развитию других заболеваний, задержкой физического и нервно – психического развития.

### **Классификация по МКБ-10:**

- E40-E46. Недостаточность питания (гипотрофия: пренатальная, постнатальная).
- E40. Квашиоркор.
- E41. Алиментарный маразм.
- E42. Маразматический квашиоркор.
- E43. Тяжёлая белково-энергетическая недостаточность неуточнённая.
- E44. Белково-энергетическая недостаточность неуточнённая умеренной и слабой степени.
- E45. Задержка развития, обусловленная белково - энергетической недостаточностью.
- E46. Белково-энергетическая недостаточность неуточнённая.

## Клиническая классификация:

### **По времени возникновения:**

- пренатальные;
- постнатальные.

### **По этиологии:**

- алиментарные;
- инфекционные;
- связанные с дефектами режима, диеты;
- связанные с пренатальными повреждающими факторами;
- обусловленные наследственной патологией и врожденными аномалиями развития.

### **По степени тяжести:**

- БЭН I степени – дефицит массы тела 11–20%;
- БЭН II степени – дефицит массы тела 21–30%;
- БЭН III степени – дефицит массы тела > 30%.

### **По периодам:**

- начальный;
- прогрессирования;
- стабилизации;
- реконвалесценции.

### **По форме:**

- острая - проявляется преимущественной потерей массы тела и ее дефицитом по отношению к должноствующей массе тела по росту;
- хроническая - проявляется не только дефицитом массы тела, но и существенной задержкой роста.

## Клиника

Показатель	Степень гипотрофии		
	I	II	III
<u>Отставание массы тела от возрастной нормы</u>	На 10 – 12%	На 20 – 30%	Свыше 30%
<u>Состояние кожных покровов:</u> Цвет Влажность Эластичность	Бледный Понижена незначительно Нормальная	Бледный Понижена Умеренно снижена	Бледно-серый Кожа сухая Резко снижена
<u>Подкожно-жировой слой</u>	Истончен на животе	Отсутствует на животе и груди, истончен на бедрах	Отсутствует на животе, груди, бедрах и на щеках
<u>Тургор тканей</u>	Снижен незначительно	Снижен умеренно	Резко снижен
<u>Аппетит</u>	Снижен незначительно	Снижен умеренно	Резко снижен
<u>Характер стула</u>	Обычный	Неустойчивый	«Голодный»
<u>Толерантность к пище</u>	Нормальная	Снижена	Резко снижена
<u>Температура тела</u>	Обычная	Обычная	Гипотермия
<u>Психомоторное развитие</u>	Без отклонений от нормы	Отстает от нормы умеренно	Резко отстает от нормы
<u>Индекс Чулицкой</u>	10-15	До 10	Отрицателен
<u>ИМТ</u>	17-18,4	15-16,9	<15

## Диагностика

### **Лабораторные исследования:**

- определение хлоридов пота – при подозрении на муковисцидоз;
- определение антител к тканевой трансклутаминазе (АТ к ТТГ);
- посев биологических жидкостей с отбором колоний – при длительном инфекционном процессе;
- анализ чувствительности микробов к антибиотикам – для подбора рациональной антимикробной терапии;
- коагулограмма – для диагностики системы гемостаза;
- иммунограмма (общее количество лимфоцитов, CD4+ Т-лимфоцитов, гранулоциты, активности комплемента, иммуноглобулины А, М, G) – для исключения иммунодефицитного состояния;
- гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4), надпочечников (кортизол, АКТГ, 17 ОКС), КФК - для исключения патологии щитовидной железы, надпочечников;
- суточная экскреция солей – для диагностики метаболических нарушений.

### **Инструментальные исследования:**

- ЭКГ - для скрининг диагностики;
- ЭхоКГ - с диагностической целью для выявления морфологических и функциональных изменений сердца;
- ультразвуковое исследование брюшной полости, почек - для скрининг – диагностики.
- фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкого кишечника проводится с диагностической целью у детей с синдромом мальабсорбции.
- рентгенологическое исследование пищевода, желудка, желчевыводящих путей, кишечника, легких
- КТ головы, органов грудной, брюшной полости, малого таза – для исключения патологического процесса.

## Лечение

### **Тактика лечения:**

- детям с БЭН 1 степени при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и осложнений показано амбулаторное лечение;
- детям с БЭН II - III степени в зависимости от тяжести состояния показано стационарное обследование и лечение;

### **Медикаментозное лечение:**

- Смесь «Нутрилон Пепти Гастро», «Альфаре», «Нутрилак, смеси для недоношенных, смеси для детей старше 1 года «Нутриэн Иммун» (УД – А)- расчет в зависимости от периода адаптации
- Панкреатин (УД – В)- 1000 Ед\кг в сутки липазы, при МВ 6000-10000 ЕД\кг\сут по липазе
- Колекальциферол (УД – В)-500-3000 Ед\сут, по 1-4 капли 1 раз в день
- Железа сульфат (УД – А)-4 мг\кг 3 р\д, перорально
- Ретинол- суточная потребность в витамине А для детей: в возрасте до 1 года — 1650 МЕ (0,5 мг), от 1 года до 6 лет —3300 МЕ (1 мг), от 7 лет и старше — 5000 МЕ (1,5 мг).
- Токоферол (УД – А)-для детей в возрасте старше 10 лет суточная доза витамина 8- 10мг, детям до 3-х лет суточная доза от 3 до 6 мг, до 10 лет– не более 7 мг.

## Лечение БЭН I степени

число кормлений	калорийность, ккал/кг/сут	белки, г/кг/сут	жиры, г/кг/сут	углеводы, г/кг/сут
по возрасту n = 5-6 (10)	<p>расчеты в соответствии с возрастом и должествующим весом</p> <p>Долженствующая масса тела = масса тела при рождении + сумма нормальных ее прибавок за прожитый период</p>			
	0-3 мес. 115	2,2	6,5	13
	4-6 мес. 115	2,6	6,0	13
	7-12 мес. 110	2,9	5,5	13

## Лечение БЭН II степени

При II степени БЭН в первый день назначают 1/2- 2/3 необходимого суточного объема пищи. Недостающий объем пищи восполняют за счет приема внутрь регидратационных растворов. Адаптационный период заканчивается при достижении необходимого суточного объема пищи.

### Расчет питания при БЭН II степени

длительность периода	число кормлений	калорийность ккал/кг/сут	белки г/кг/сут	углеводы г/кг/сут	жиры г/кг/сут
1-4 недели	n+1, n+2,  затем  n = 5-6 (8)	расчеты в соответствии с возрастом и  долженствующей массой тела			на  фактический  вес
		расчеты в соответствии с возрастом и  долженствующей  массой тела			



## Лечение БЭН III степени

Расчет питания при БЭН III степени

длительность периода	число кормлений	калорийность ккал/кг/сут	белки г/кг/сут	жиры г/кг/сут	углеводы г/кг/сут
10 -14 дней	1-2 день n=10, 3-5 день n=7, 6-7 день более 7 дней n=5-6	120	1-2	расчеты в соответствии с возрастом и фактической массой тела	

*Показатели адекватности диетотерапии*

прибавка в весе

оптимальная, г\кг\сут	средняя, г\кг\сут	низкая, г\кг\сут
>10	5-10	<5

## Схема диспансеризации детей с гипотрофией

Частота осмотра специалистами, методы обследования	1-год наблюдения
Педиатр	2 раза в месяц в I полугодии и 1 раз во II, далее 1 раз в квартал
Невропатолог	1 раз в год
ОАК, ОАМ, копрограмма, исследование кала на гельминты, простейшие	2 раза в год
Проба на трипсин и другие ферменты	По показаниям

Профилактические прививки при гипотрофии I степени не противопоказаны. При II-III степени прививки через 1 мес после выхода ребенка из этого состояния.

Срок диспансерного наблюдения 1-2 года.

### **Профилактика.**

- оптимальный уход;
- регулярные медицинские осмотры;
- питание, достаточное по частоте и объему, адекватное по калорийности и содержанию основных нутриентов;
- витаминная и минеральная коррекция.

# Национальный календарь прививок Республики Казахстан

Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам» от 30 декабря 2009 года № 2295 (с изменениями и дополнениями от 12.02.2013)

Возраст	Виды вакцинации							
	БЦЖ	ВГВ	ОПВ/ ИПВ	АБКДС	Хиб	АДС-М	ККП	Пневмо
1-4 день жизни	+	+						
2 месяца		+ (АБКДС+Хиб+ВГВ+ИПВ)						+
3 месяца			+ (АБКДС+Хиб+ИПВ)					
4 месяца		+ (АБКДС+Хиб+ВГВ+ИПВ)						+
12-15 месяцев			+ (ОПВ)				+	+
18 месяцев			+ (АБКДС+Хиб+ИПВ)					
6 лет (1 класс)	+			+			+	
16 лет						+		
Через каждые 10 лет						+		

## Моновакцины

АДС-М – против дифтерии, столбняка;  
 БЦЖ – против туберкулеза;  
 Пневмо – против пневмококковой инфекции;  
 ВГВ – против вирусного гепатита В;  
 Полио – против полиомиелита – оральная/инактивированная;

## Комбинированные вакцины:

ККП – против кори, краснухи и эпидемического паротита;  
 АБКДС+Хиб+ВГВ+ИПВ – против коклюша с бесклеточным коклюшным компонентом, дифтерии, столбняка, вирусного гепатита В, гемофильной инфекции типа b и инактивированная полиовакцина;  
 АБКДС+Хиб+ИПВ – против коклюша с бесклеточным коклюшным компонентом, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции типа b и инактивированная полиовакцина.

## Индивидуальный календарь прививок.

### Задача № 1

- Девочка 2мес госпитализирована в детскую больницу. При сборе анамнеза выяснено, что роды наступили в срок, физиологические. Масса тела при рождении 3350 г, длина 49 см. Находится на грудном вскармливании, часто беспокоится. При осмотре: температура тела 36,8 С, масса 3150, длина 51 см. Кожа с гиперемией в паховых и подмышечных складках. Подкожно – жировая клетчатка истощена: толщина складки на уровне пупка – 0,5 см. Масса тела снижается на 10–20% от долженствующей. Поставлен диагноз гипотрофия 1 степени. Какие вакцинации и в какие сроки наиболее вероятны для данного ребенка?

### Задача № 2

- Мать 3 мес ребенка обратилась к врачу с жалобами на снижение аппетита, нарушение сна. Резкое истончение подкожно-жировой клетчатки на животе, туловище и конечностях. Кожная складка в области пупка 0,4–0,5 см, отставание в массе на 20%, в длине тела на 2–4 см. Масса тела при рождении 3500 г, длина 50 см. Масса 3000, длина 49 см. Поставлен диагноз гипотрофия 2 степени. Какие вакцинации и в какие сроки наиболее вероятны для данного ребенка?

### Задача № 3

- Ребенку 1 год. Родился доношенным с весом 3550гр, длина 49см. На раннем искусственном вскармливании. В настоящее время у ребенка диагностирован дефицит веса - 27%. Поставлен диагноз гипотрофия 3 степени. Какие вакцинации и в какие сроки наиболее вероятны для данного ребенка?

## Список литературы

- 1. Клинический протокол диагностики и лечения белково-энергетической недостаточности у детей Республики Казахстан от «6» ноября 2015 года.
- 2. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 624 с.