



БОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

ТЕМА: «Хронические расстройства питания у
детей. Гипотрофии. ЗВУР»

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: «Сестринское дело»

Разработчик: Нечепоренко О.В.

План лекции.

1. Понятие о дистрофии.
2. Гипотрофия, этиология, степени.
3. Проблемы пациентов.
4. Лечение: диетотерапия, сестринский уход, профилактика.
5. Понятие о ЗВУР:
 - А) причины, Б) варианты ЗВУР,
 - В) принципы ухода и лечения

Дистрофия:

- *Нормотрофия* - показатели массы тела и роста в 4 коридоре по центильным таблицам, с учетом периодов округления и вытягивания допускаются отклонения $\pm 5\%$
- *Паратрофия* – избыточное питание – масса превышает на 10 % и более физиологическую норму.
- *Гипотрофия* – дефицит массы тела более 15 %.
- *Гипостатура* – равномерное отставание в массе и росте при снижении упитанности и тургора.

Причины развития гипотрофии.

Первичные гипотрофии:

- количественный недокорм (гипогалактия)
- качественный недокорм (по Б, вит, жидкости)
- инфекционный фактор (ОРВИ, кишечные инфекция, > Т)
- токсический фактор (гипервитаминозы, отравления)
- анорексия (дефицит ласки, внимания, отсутствие прогулок, невроты)

Вторичные гипотрофии:

- перинатальные поражения ЦНС
- синдром мальабсорбции (нарушение кишечного всасывания)
- врожденные пороки развития сердца, легких, желудочно-кишечного тракта (пилороспазм, пилоростеноз)
- эндокринные заболевания
- аномалии конституции
- наследственные нарушения обмена веществ
- иммунодефицит

Степени гипотрофии

Степень гипотрофии	Дефицит массы в %
I степень	15 - 20
II степень	20 – 30
III степень	Более 30

Проблемы пациентов.

Гипотрофия I ст.

- дефицит массы тела
- аппетит неустойчивый, снижен
- снижение подкожно-жирового слоя, больше на животе
- снижение тургора мягких тканей и эластичности кожи (живот, грудь, спина)
- сухость кожи
- беспокойство, раздражительность, утомляемость
- дети часто срыгивают

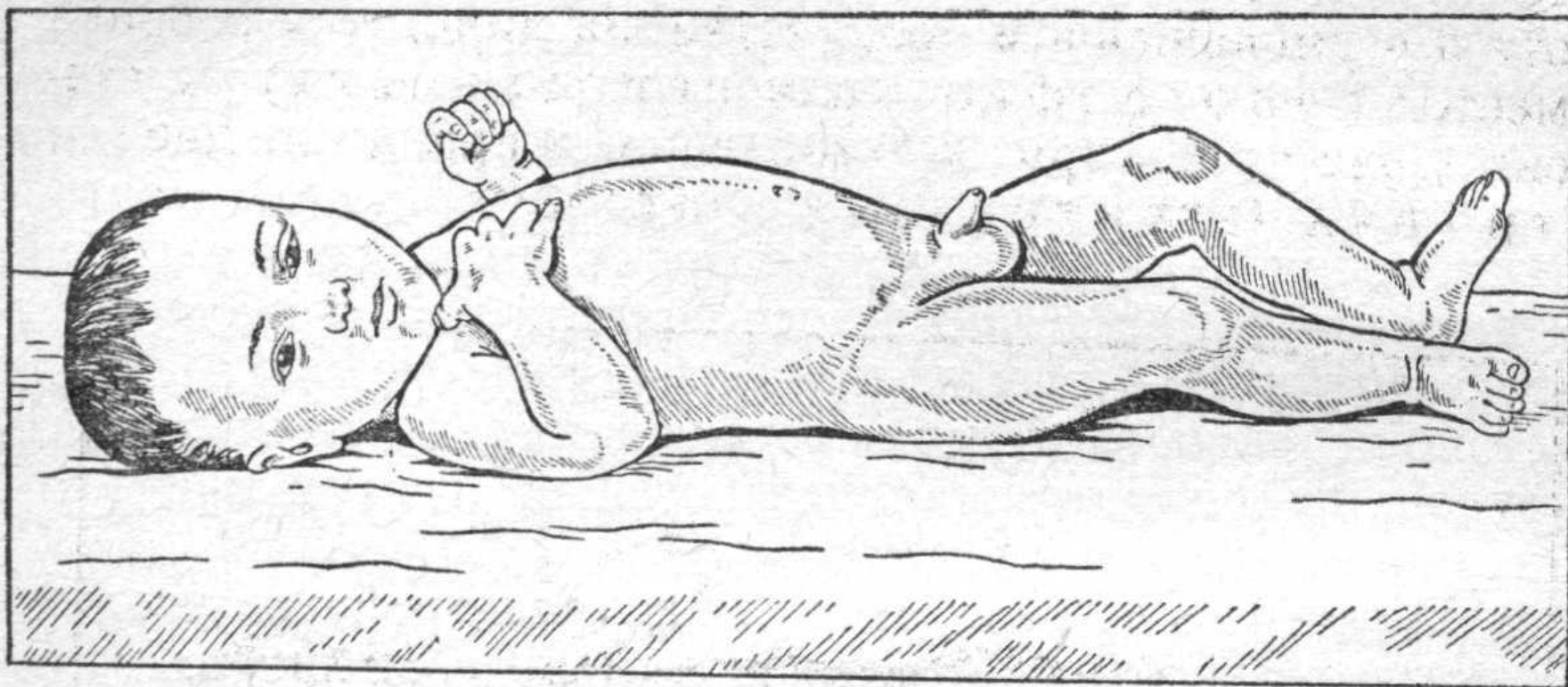


Рис. 60. Гипотрофия I степени.

Мальчик В. С., 11 месяцев, вес 6760 г; вес при рождении 2900 г.

Гипотрофия II ст проблемы

- дефицит массы тела 20-30%
- снижение подкожно-жирового слоя на конечностях, резко снижен или отсутствует на животе и туловище, сохранен на лице,
- аппетит снижен,
- сухость, бледность кожи,
- резкое снижение тургора, мышечного тонуса (гипотония),
- признаки полигиповитаминоза (сухость, ломкость волос и ногтей, заеды в углах рта),
- неустойчивый стул, рвота,
- снижение эмоционального тонуса: вялость, апатия, нарушение сна,
- задержка психомоторного и речевого развития,
- отставание в росте на 2-4 см,
- нарушение терморегуляции: легко перегревается и переохлаждается,
- снижение иммунитета, частые инфекционные заболевания.

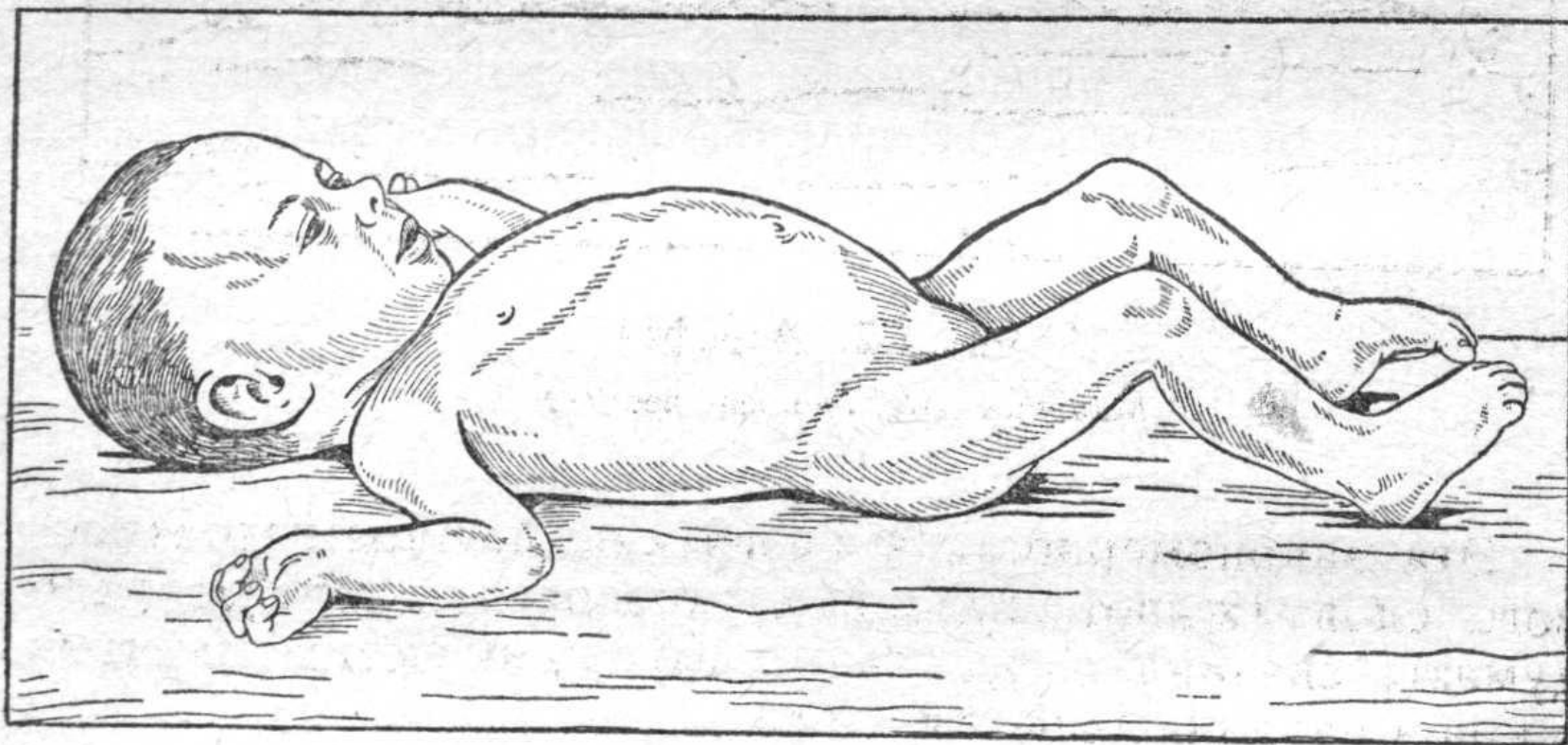
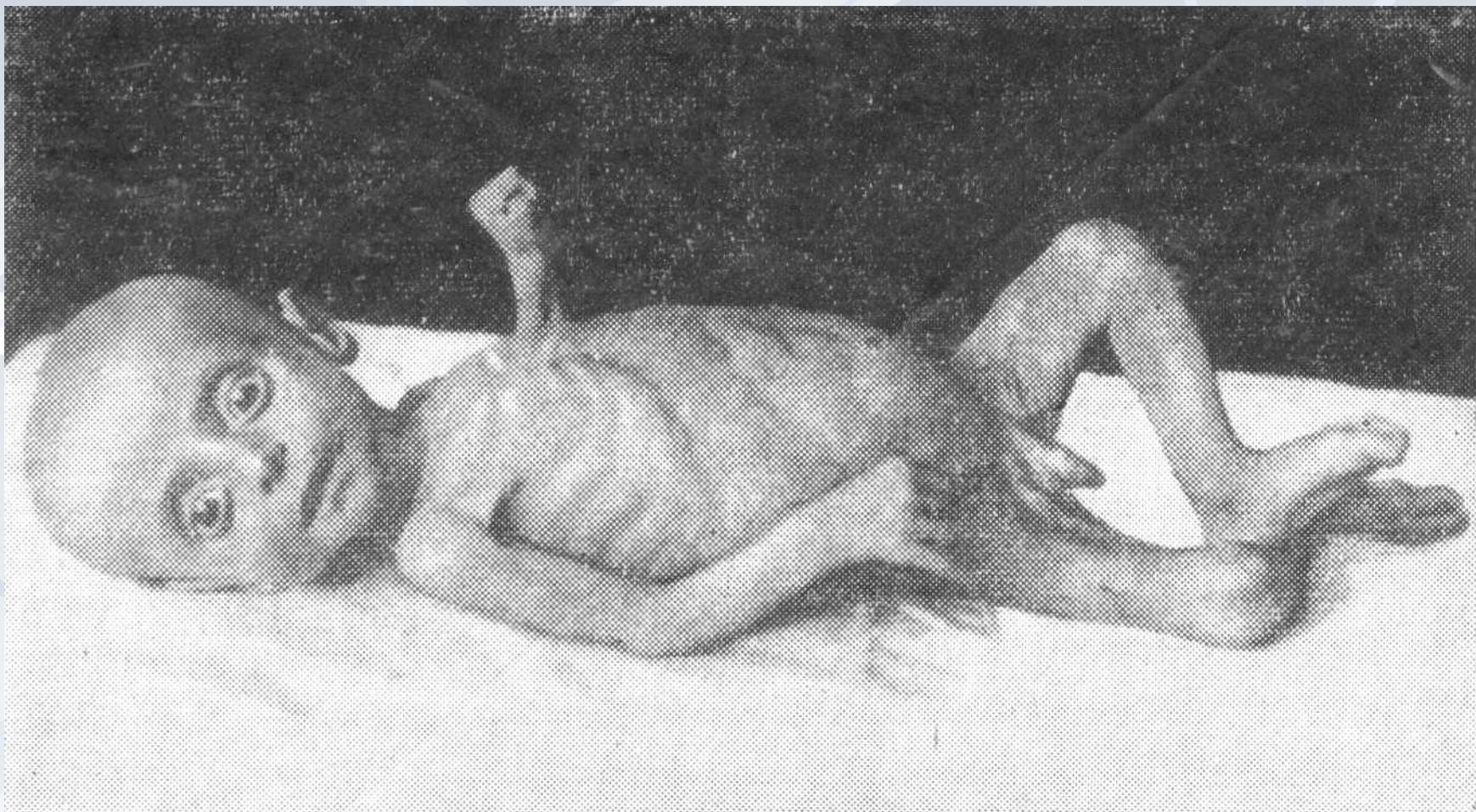


Рис. 61. Гипотрофия II степени.

Ребенок М. В., 8 месяцев, вес 3810 г; вес при рождении 2860 г, недоношен 3 недели.

Гипотрофия III ст. - проблемы

- дефицит массы более 30%
- полное отсутствие подкожно-жировой клетчатки (скелет, обтянутый кожей, исчезаю и на лице комочки Биша)
- кожа сухая, серо-белая, собирается в складки
- атрофия мышц, гипертонус сгибателей
- отсутствие аппетита, анорексия
- рвота, запоры, мыльно-известковый стул
- резкая задержка психомоторного и речевого развития, утрата приобретенных навыков
- плаксивость, адинамия, отсутствие интереса к окружающему
- отставание в росте на 5-6 см
- выражены признаки полигиповитаминоза и обезвоживания
- нарушение терморегуляции: снижение температуры тела
- резкое снижение иммунитета, частые инфекционные заболевания, протекают без повышения температуры, с осложнениями.



Гипотрофия III ст

Лечение.

Детей с гипотрофией I ст. лечат дома, при II и III степени госпитализируют в стационар.

Диетотерапия.

I этап – минимального питания, проверка толерантности к пище.

Степень гипотрофии	Длительность в днях	Число кормлений	Суточный объем
I ст.	1-2	По возрасту или + 1	2/3 от возрастной нормы
II ст.	3-5	8 раз	1/2 от возрастной нормы
III ст.	7-10	10 раз	1/3 от возрастной нормы

- Недостающее до полного объема количество пищи дается в питье (глюкоза, регидрон) или вводится внутривенно капельно при тяжелых формах гипотрофии (5% глюкоза, физиологический раствор, альбумин, глобулин)
- Отменяют все виды прикормов, ребенок получает грудное молоко, а при искусственном вскармливании адаптированные смеси.

II этап диетотерапии – *переходный*.

III этап – *усиленного (оптимального)* питания.

Суточный объем питания, число кормлений соответствуют возрастной норме.

Критерии эффективности диетотерапии

- ежедневное увеличение массы
тела на 25-30 г*
- улучшение мышечного тонуса и
тургора тканей*
- нормализация аппетита и стула*

Независимые сестринские вмешательства:

- контроль съеденной пищи за одно кормление и за день, ведение листа питания,
- ежедневное взвешивание ребенка,
- контроль, учет выпитой жидкости, стула, рвоты,
- тщательный уход за слизистыми и кожей,
- организация безопасной и комфортной окружающей среды (светлая боксированная палата, Т -24-27 градусов, исключить излишние раздражители, проветривание, кварцевание палаты, влажная уборка, избегать контакта с инфекционными больными, масочный режим),

•

- организовать прогулки с ребенком при T не ниже $(-)$ 5 градусов,
- грелка к ногам,
- гигиенические ванны при T воды $+ 38$ градусов,
- контроль состояния, термометрия, ЧДД, ЧСС
- контакт с ребенком – чаще брать на руки, вызывать положительные эмоции,
- беседа с родителями о рациональном вскармливании, уходе за ребенком.

Взаимозависимые сестринские вмешательства:

- сбор и подготовка к сбору анализов, копрограмма 2 раза в неделю,
- на I этапе диетотерапии введение недостающего количества жидкости (оралит, регидрон, цитроглюкосалан) в питье,
- расчет питания 1 раз в неделю (вместе с врачом).
- расчет белков и углеводов проводят на долженствующую массу тела, а жиров на фактическую или среднюю, в зависимости от степени гипотрофии и этапа диетотерапии.

Коррекция питания:

- по *белку* : творог, биолакт, белковый энпит
- по *углеводам* – сахарный сироп
- по *жирам* – сливки, растительное и сливочное масло

Зависимые сестринские вмешательства:

Медикаментозное лечение.

- Ферментотерапия: *абомин, креон, мезим, панкреатин, панзинорм*
- Пробиотики: *бифидумбактерин, лактусан, лактобактерин, аципол, бифиформ*
- Витаминотерапия: Группы В, С, фолевая кислота
- Стимулирующая терапия в период оптимального питания: *апилак, элькар-капли корилип-свечи*
- Симптоматическое лечение, лечение анемии, рахита.

Профилактика гипотрофии.

- Антенатальная охрана плода.
- Рациональное питание.
- Режим дня.
- Закаливание и массаж.
- Профилактика и лечение острых и хронических заболеваний.
- Регулярный контроль за физическим развитием ребенка.

ЗВУР – задержка внутриутробного развития.

Выявляется у детей с недостаточной массой при рождении по отношению к их гестационному возрасту.

Клинические варианты ЗВУР.

Гипотрофический.

Ребенок рождается в срок, но с малой массой. *Причина* — воздействие неблагоприятных факторов в последние 2-3 месяца беременности (поздние гестозы).

Массо-ростовой коэффициент > 60 (3000г: 50) — *N*

I ст - 59-55 *II ст* - 54-50 *III ст* - < 50

Гипопластический.

Дефицит массы и длины тела при рождении.

Причина – воздействие неблагоприятных факторов во II триместре беременности, чаще это социально-биологические факторы, плохое питание беременной. Патология плаценты. Эндокринные заболевания. Хронические заболевания.

Диспластический.

ЗВУР сопровождается формированием пороков развития, стигм дисэмбриогенеза более 5, нарушением пропорции тела.

Причины: хромосомные и генные мутации, ВУИ, табакокурение, алкоголизм, токсикомания, некоторые лекарственные препараты.

Неблагоприятные факторы в 1 триместре и в течение всей беременности

Стигмы дизэмбриогенеза

:

Череп: микро-гидро-брахицефалия, низкий лоб, уплощенный затылок, выраженные надбровные дуги.

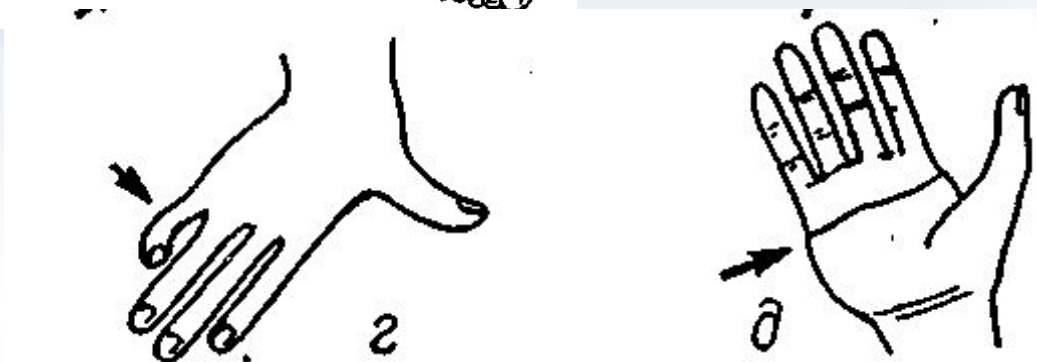
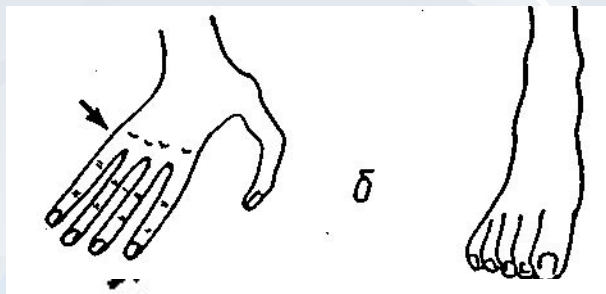
- **Лицо:** седловидный нос, монголоидный разрез глаз, асимметрия лица, раздвоенный подбородок,
- Уши:** большие оттопыренные, малые, разновеликие, деформированные, приращение мочки ушей, добавочные козелки

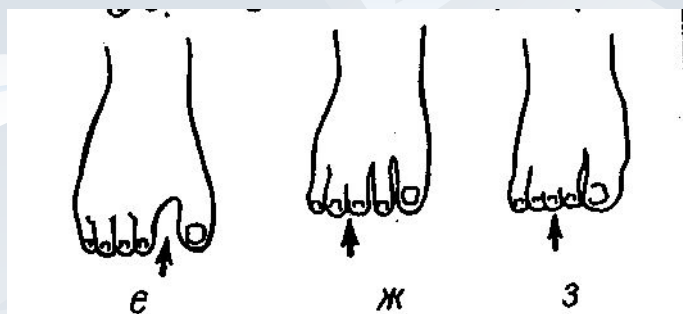
•
Кисти, стопы: брахидактилия, синдактилия, искривление пальцев, шестипалость, плоская стопа, нахождение пальцев друг на друга.

Туловище: длинное, короткое, большое расстояние между сосками, добавочные соски, низкое стояние пупка.

Половые органы: крипторхизм, фимоз, недоразвитие наружных половых органов.

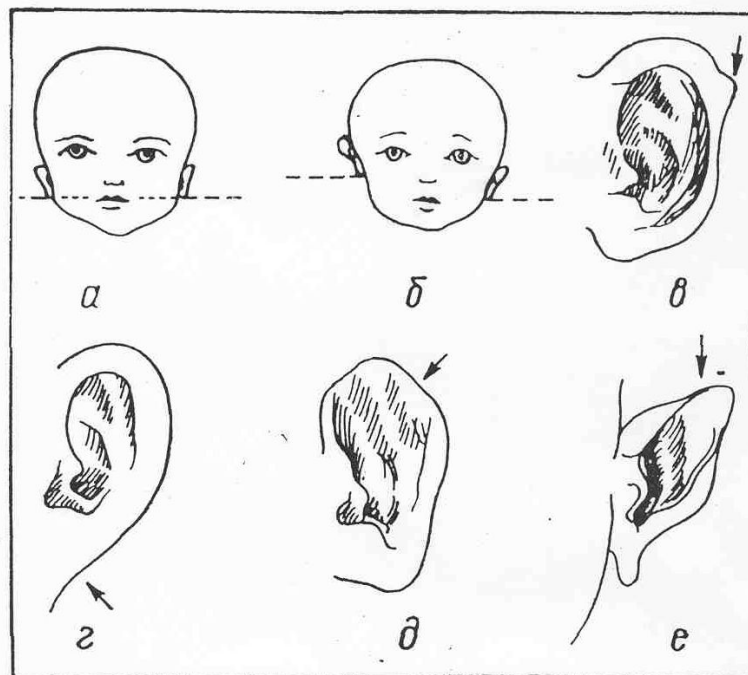
Кожа: родимые пятна, гемангиомы, избыточное локальное оволосение.



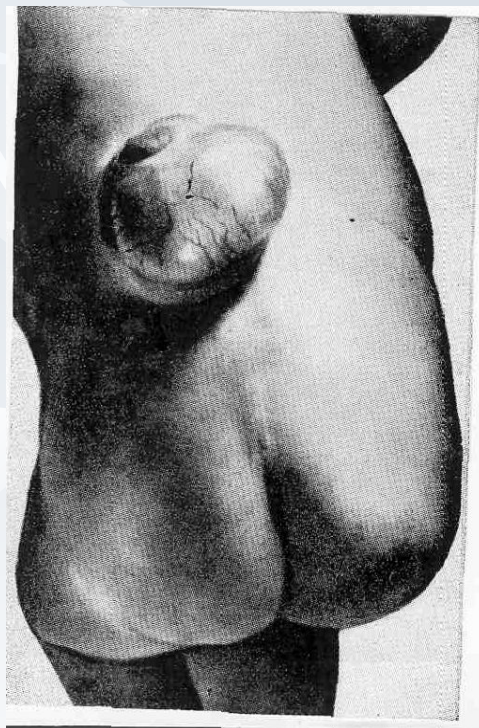


Аномалии расположения и формы ушей:

а - низко расположенные ушные раковины; б - ассиметричное расположение ушных раковин; в - дарвиновский бугорок; г - приросшая мочка уха; д - отсутствие завитка; е - заостренная ушная раковина.



Спинно-мозговая грыжа



Сестринский уход.

- Согревание на всех этапах. Создание «зоны комфорта» - температура воздуха 24-26 гр, теплые пеленки, кувезы, грелки, осмотр под лучистым источником тепла, на столике с подогревом.
- Понижение температуры тела ниже 36 гр. увеличивает риск гнойно-септических заболеваний в 10 раз.
- Контроль за массой тела
- Кормление аналогично недоношенным, важно сохранить грудное вскармливание (если ребенка не прикладывают к груди- сцеживать молоко не реже 7-8 раз в сутки).

- Свободное пеленание, массаж и гимнастика с 1 месяца.
- Оксигенотерапия подогретым кислородом, в концентрации не выше 40% (риск поражения легких и сетчатки).
- Уход матери («метод кенгуру »)
- *профилактика дисбактериоза(с 1 дня бифидумбактерин)*
- *профилактика СДР – вводить вит Е в/м 3-5 дней*
- *профилактика Геморрагического синдрома- витамин К*