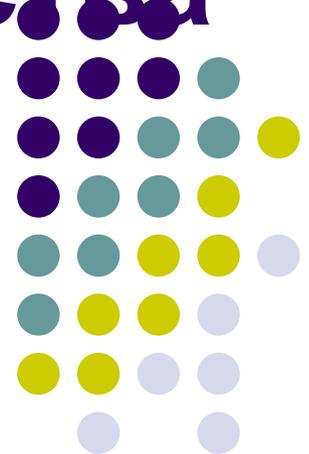


**Заболевания детей
раннего возраста.**

**Хронические расстройства
питания.**



План изложения материала



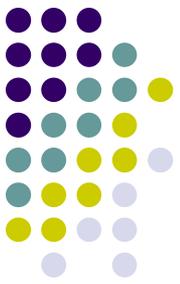
1. Хронические расстройства питания. Виды.
2. Гипотрофия: определение. Уровень заболеваемости. Основные причины и факторы, способствующие развитию гипотрофии.
3. Профилактика развития гипотрофии у детей.
4. Клинические симптомы гипотрофии по степеням тяжести, осложнения, методы диагностики, принципы лечения и организации сестринского процесса при уходе за пациентами..
5. Паратрофия (ожирение). Причины и факторы риска. Профилактика. Клинические проявления. Принципы лечения.
6. Сестринский процесс при дистрофиях.



Цель занятия

- **Сформировать теоретические знания о причинах , предрасполагающих факторах, профилактических мерах по предупреждению заболеваний, основных клинических проявлениях, принципах лечения и организации сестринского процесса при уходе за пациентами.**

После изучения темы студент должен:

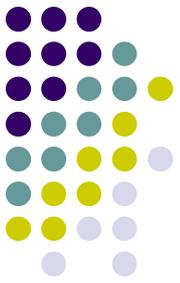


Представлять и понимать:

1. **Механизмы развития патологического процесса при гипотрофии.**
2. **Роль участковой медсестры в профилактике заболеваний.**
3. **Роль медицинской сестры в ранней диагностике заболеваний.**
4. **Значение компетентности медицинской сестры для организации сестринского процесса при уходе за пациентами.**

Знать:

- 1. Факторы риска и причины развития заболеваний.**
- 2. Меры необходимые для предупреждения развития заболеваний.**
- 3. Ранние признаки, основные клинические проявления, осложнения, проблемы пациентов, диагностику.**
- 4. Принципы лечения и организации сестринского процесса при уходе за пациентами.**





Дистрофия (от греч. **dys** –
расстройство, **trophe** –
питание) – хронические
расстройства у детей.

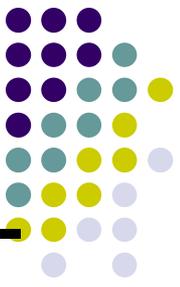


Дистрофии бывают:

- гипотрофия – недостаточное (дефицит)питание;
- паратрофия, ожирение – избыточное питание.



Гипотрофия



Гипотрофия (hupo – ниже, trope – питание) – хроническое расстройство питания детей раннего возраста, характеризующееся недостаточным поступлением питательных веществ, нарушением их усвоения, развитием дефицита массы тела, роста и т.д. Час Среди детей до 3-х лет частота гипотрофий составляет – 10-20%.

Факторы риска развития заболевания:



- Экзогенные:
- 2. **Алиментарные факторы:**
 - **недостаточное питание матери во время беременности;**
 - **тяжёлые гестозы беременности,**
 - **нарушения маточно-плацентарного кровообращения плода;**
 - **внутриутробная инфекция;**
 - **гипогалактия у матери;**
 - **несбалансированное питание ребёнка.**



2. Инфекционные факторы:

- инфекционные заболевания желудочно-кишечного тракта;
- инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит;
- различные очаги инфекции.



3. Психосоциальные факторы:

- недостаточное внимание к ребёнку;
- отрицательное эмоциональное воздействие на ребёнка;
- дефекты ухода и питания;
- нарушение режима дня.



- **Эндогенные**

1. **Врождённые пороки развития:**
 - пороки развития желудочно-кишечного тракта;
 - ВПС;
 - незаращение верхней губы, мягкого и твёрдого нёба;
 - наследственные аномалии обмена веществ (ферментопатии и т.д.);
 - органические поражения ЦНС;
 - иммунодефицитные состояния.

Профилактика



- **охрана репродуктивного здоровья будущих матерей;**
- **своевременное выявление и лечение осложнений беременности и заболеваний будущей матери;**
- **рациональное питание беременной женщины, кормящей матери и ребёнка;**
- **профилактика развития интеркуррентных заболеваний у ребёнка;**
- **обеспечить соблюдение (соответственно возрасту) режима дня и соответствующий уход за ребёнком .**

По времени возникновения гипотрофия бывает:

- врождённая;
- приобретённая (постнатальная).

По причинам развития:

- первичная (при недокорме);
- вторичная (как следствие какого-либо заболевания).





По степени тяжести:

- **внутриутробная гипотрофия**

m/p (массо-ростовой коэффициент) = 60-80(N)

I степень – 59-56

II степень – 55-50

III степень - <50

Постнатальная



I степень – 11-20%;

II степень – 21-30%;

III степень - >30%.

Формула расчёта постнатальной гипотрофии:

$$D = \frac{m \text{ (долженствующая)} - m \text{ (фактическая)}}{m \text{ (долженствующую)}} * 100$$

Периоды гипотрофии:

1. **Начальный.**
2. **Прогрессирование процесса.**
3. **Реконвалесценции.**
4. **Стабилизация.**



Клиника первичной гипотрофии



Клинический признак	1-я степень (лёгкая)	2-я степень (средней тяжести)	3-я степень (тяжёлая) атрофия
Состояние ЦНС	Возбуждение, сменяющееся торможением	Торможение	Резкое торможение, апатия
Аппетит	Повышен или сохранён	Снижен	Анорексия
Секреция пищеварительных ферментов	Умеренно снижена	Снижена	Резко снижена
Кожа	Бледная	Бледная, сухая, эластичность снижена	Бледно-серого цвета, с цианотичным оттенком, дряблая, свисает складками
Подкожно-жировой слой	Отсутствует на животе, истончён на конечностях	Отсутствует на животе, груди и конечностях, сохранён на лице	Отсутствует везде, включая лицо

Тургор тканей	Снижен	Значительно снижен	Полностью утрачен	
Нарастание массы тела	Замедлено	Значительно замедлено (в массе стоит)	Отсутствует, имеется потеря массы тела	
Дефицит массы тела	11-20%	21-30%	Более 30%	
Отставание в росте	Не отстаёт	Отстаёт на 1-3 см	Резко отстаёт	
Иммунитет (сопротивляемость инфекциям)	Не изменён	Снижен	Резко снижен	
Психомоторное развитие	По возрасту	Отстаёт	Резко отстаёт	
Другие симптомы		Полигиповитаминоз (мраморность, шелушение, гиперпигментация кожи, ломкость волос и ногтей, заеды в углах рта). Нарушена терморегуляция. Неустойчивый стул.	Полигиповитаминоз (мраморность, шелушение, гиперпигментация кожи, ломкость волос и ногтей, заеды в углах рта). Т тела понижена. Неустойчивый стул (голодный стул). Редкие мочеиспускания, малыми порциями.	



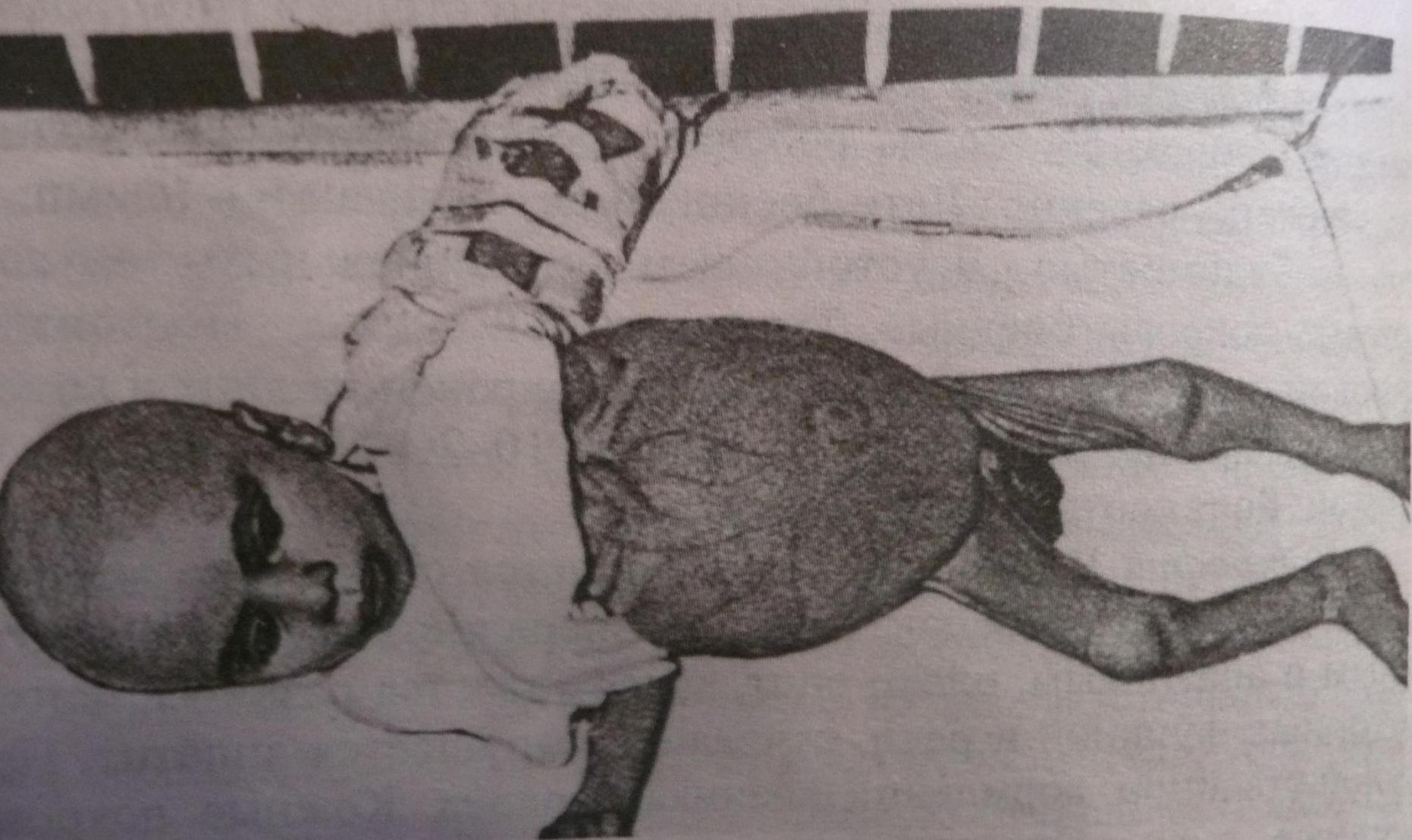


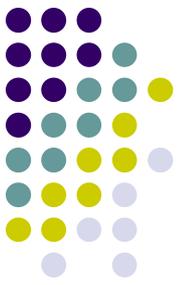
Рис. 41. Внешний вид ребенка с гипотрофией



Осложнения:

- **тяжёлое поражение жизненно важных органов;**
- **присоединение вторичной инфекции с развитием токсических и септических осложнений;**
- **развитие рахита, анемии.**

Основные принципы лечения гипотрофии



- 1. Выяснить причину развития гипотрофии и попытаться её устранить.**
- 2. Ребёнка с гипотрофией I степени можно лечить дома(устраняют причины, расчёт питания - на долженствующий вес).**
- 3. Дети с II-III степенями гипотрофии подлежат обязательной госпитализации.**
- 4. Организация лечебно-охранительного режима с учётом физического, нервно-психического состояния ребёнка, а не календарного возраста ребёнка.**



- 4. При госпитализации ребёнка необходимо поместить**
- в отдельный бокс (профилактика внутрибольничной инфекции),**
 - обеспечить частое проветривание, кварцевание, ношение масок медицинским персоналом, поддержание температуры воздуха 24-27С (для исключения возможности перегревания или переохлаждения ребёнка),**
 - дети с в/у гипотрофией III степени помещаются в кювез и ведутся как недоношенные дети.**



5. Проведение диетотерапии. Питание должно быть адекватно сниженным ферментативным способностям ребёнка. Диетотерапия проводится в четыре этапа:

- I этап – разгрузки (изучение толерантности к пище).**

V-3/4, 2/3 или 1/2 от нормы.

Недостаточный объём пищи восполняется жидкостями (овощными или фруктовыми отварами, соками, чаем и т.п.)



- **II этап – минимальной нагрузки
(адаптационный период).**

При гипотрофии 2 степени - является

**этапом (увеличивается кратность кормлений и
уменьшается разовый объём питания)**

**II степень- б:у рассчитываются– на кг т
(долженствующей),а жиры - на кг т
(фактической);**

**III степень- б:у = т при бл.долженствующую
(фактическая +20%);
ж – т (фактическая)**



- **III этап – оптимальное питание
(период репарации)**

**б: ж: у – рассчитываются на
долженствующий вес ребёнка.**

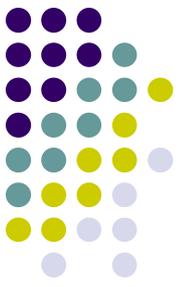
**Коррекция белков проводится за счёт –
творога, желтка, мяса. Ребёнок получает
«Энпиты» - белковый, обезжиренный;
у – сахарный сироп, фруктовое пюре,
соки;
ж – растительное и сливочное масло,
«Энпит» жировой.**



- **IV этап – питание, соответствующее возрасту (прикормы – молочная каша, пюре) –**

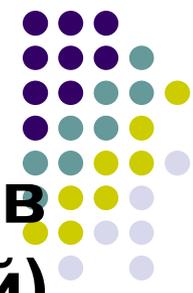
период усиленного питания.

6. **Контроль массы тела проводится ежедневно, расчёт питания не реже одного раза в 7-10 дней, в зависимости от результатов лечения проводится коррекция диетотерапии.**



7. Лекарственные препараты:

- ферментотерапия: абомин, фестал, панзинорм, панкреатин;**
- комплексная витаминотерапия;**
- стимулирующая терапия: дибазол, пентоксил, апилак;**
- нестероидные гормоны: нерабол, ретаболил, метандростеналон**
- антибиотики при тяжёлой форме гипотрофии в случае присоединения бактериальной инфекции;**
- симптоматические средства: препараты железа, фолиевая кислота, седативные препараты и т.д.**



- 8. Прогулки на свежем воздухе при температуре не ниже – 5С несколько раз в день (при отсутствии противопоказаний). Для предотвращения переохлаждения – грелка к ногам.**
- 9. Ежедневные тёплые лечебные ванны с температурой воды 38С (при отсутствии противопоказаний).**
- 10. Массаж и гимнастика в соответствии с возрастом и состоянием ребёнка.**



Сестринский процесс при гипотрофии

Возможные проблемы пациента:

- нарушение питания(из-за гипогалактии, порока развития, рвоты, снижения аппетита и т.д.);
- чувство холода из-за нарушения терморегуляции;
- риск развития опрелостей из-за расстройства стула;
- снижение познавательной деятельности;
- снижение иммунитета;-

- **высокий риск присоединения вторичной инфекции;**
- **дефицит общения;**
- **психоэмоциональная лабильность;**
- **снижение двигательной активности;**
- **отставание в психомоторном развитии;**
- **отставание в физическом развитии.**

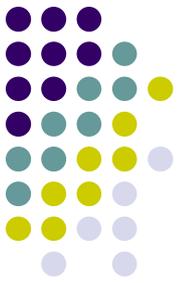


Возможные проблемы родителей:



- **недостаточное внимание к ребёнку, его отторжение;**
- **отрицательное эмоциональное воздействие на ребёнка;**
- **дефекты ухода, нарушение режима вскармливания в связи с отсутствием навыков;**
- **дефицит знаний о заболевании, его причинах, клинических проявлениях, возможном прогнозе;-**

- **беспокойство по поводу внешнего вида ребёнка;**
- **страх за ребёнка, неуверенность в благополучном исходе заболевания;**
- **чувство вины перед ребёнком.**



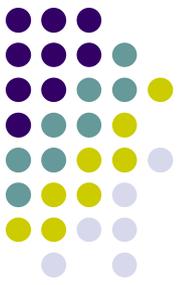
Сестринские вмешательства



1. Помочь родителям увидеть перспективу выздоровления ребёнка, восполнить их дефицит знаний о причинах развития гипотрофии, клинических проявлениях, основных принципах коррекции питания и лечения, прогнозе и мерах профилактики.
2. Убедить родителей в необходимости создания комфортных условий для ребёнка: температура воздуха – 24 С, регулярное проветривание и т.д.

- 
- 3. При наличии у ребёнка гипотрофии II-III степени настроить родителей на необходимость проведения лечения в стационаре.**
 - 4. Быть активным членом мультидисциплинарной команды, строго выполнять все предписания и назначения врача. Привлекать родителей к осуществлению ухода за ребёнком.**
 - 5. Проводить мониторинг состояния ребёнка: оценивать характер дыхания, проводить измерение ЧД, ЧСС, АД, термометрию, следить за цветом кожных покровов, динамикой массы тела, регистрировать объём и состав получаемой жидкости, питания, вести учёт выделений, оценивать характер стула и т.д.**

6. **Соблюдать технику выполнения всех манипуляций (профилактика внутрибольничной инфекции).**
7. **Обеспечить адекватное питание ребёнка (по назначению врача, который ежедневно проводит расчёт потребляемой ребёнком пищи) и соблюдать технику кормления ребёнка в зависимости от его состояния и степени тяжести гипотрофии.**
8. **Выбирать правильное положение ребёнка при кормлении, делать частые перерывы.**





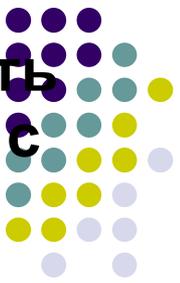
- **Поощрять игровую деятельность ребёнка, разговаривать с ним ласково.**
 - **Чаще брать ребёнка на руки, менять положение, поддерживать телесный контакт для профилактики пневмонии и формирования положительного эмоционального тонуса.**
 - **Удлинить физиологический сон (лучше проводить его на воздухе в защищённом от ветра месте или с открытой форточкой).**
- 11. Ежедневно проводить лечебные ванны (чередовать хвойные, солёные, с настоем валерианы или пустырника), щадящий массаж, гимнастику, прогулки на свежем воздухе.**

10. Удлинить физиологический сон (лучше проводить его на воздухе в защищённом от ветра месте или с открытой форточкой).

11. Ежедневно проводить лечебные ванны (чередовать хвойные, солёные, с настоем валерианы или пустырника), щадящий массаж, гимнастику, прогулки на свежем воздухе.

Научить родителей контролировать уровень психомоторного развития ребёнка.

13. Рекомендовать родителям своевременно проводить профилактику интеркуррентных заболеваний, избегать контактов с больными детьми и взрослыми, проводить закаливающие мероприятия, иммунокорректирующую терапию.-



14. Убедить родителей в необходимости динамического наблюдения за ребёнком врачом-педиатром, невропатологом, эндокринологом и другими специалистами по показаниям.





Паратрофия



Паратрофия (тучность, ожирение) – хроническое расстройство питания с избытком массы тела более чем на 10% от возрастной нормы, при этом отмечается чрезмерное накопление жира в подкожной клетчатке и других тканях.



**Ожирение чаще встречается
на первом году жизни,
затем в возрасте 5-6 лет,
позже - в подростковом
периоде.**

Этиология



- **Частое бесконтрольное кормление из бутылочки, как успокоительное средство беспокойного и раздражительного ребёнка.**

Факторы риска развития ожирения:



- **наследственная предрасположенность;**
- **нарушение функции ЦНС;**
- **эндокринные нарушения;**
- **снижение двигательной активности;**
- **психоэмоциональные расстройства;**
- **пищевые пристрастия и традиции питания семьи (переедания, обильные застолья, большое количество кондитерских изделий в рационе и т.д.)**

Профилактика

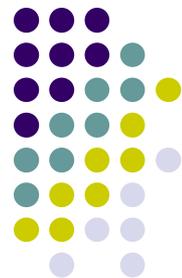


- **сбалансированное питание ребёнка любого возраста;**
- **борьба с гиподинамией;**
- **ведение активного образа жизни;**
- **коррекция образа жизни и пищевых традиций в семье.**

Клиническая картина ожирения



- **Превышение массы тела более чем на 10% по сравнению с возрастной нормой;**
 - **I степень – 15-20%;**
 - **II степень – 20-30%;**
 - **III степень – 30-40%;**

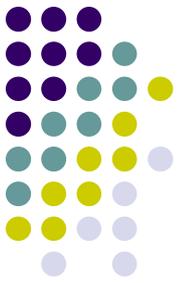


Основные принципы лечения ожирения



1. **Организация лечебного питания с ограничением углеводов (у старших детей – диета №8).**
2. **Активный двигательный режим.**
3. **Лекарственные средства у детей использовать не рекомендуется (по назначению врача-ксеникал).**
4. **Витамины группы В, С, А, Е.**

Сестринские вмешательства



- 1. Выяснить у родителей семейно-наследственный анамнез, показатели физического развития, характер питания и двигательной активности ребёнка.**

2. Направить ребёнка на консультацию к педиатру(консультации эндокринолога, невропатолога)

3. Убедить родителей в необходимости соблюдения сбалансированного субкалорийного питания, которое должно удовлетворять основные потребности в еде.

Научить родителей правильному составлению пищевого рациона и режима питания.

Контролировать выполнение рекомендаций.



6. **Рекомендовать родителям систематически делать с ребёнком гимнастику , не ограничивать его двигательную активность, регулярно проводить курсы лечебного массажа.**

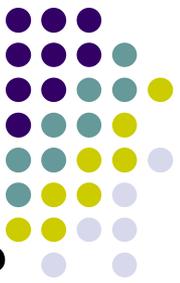




Источники информации:

- Учебник- Ежова Н.В., стр 221-228.
- Учебник- Святкина К.А., стр 45-50.
- Учебное пособие- Севостьянова Н.Г., стр 326-342 (1-й том).
- Учебное пособие- Тульчинская В.Д., стр 37-43.

- 8. Привлечь к лечению ребёнка всех членов семьи, посоветовать проводить длительные прогулки на свежем воздухе, подвижные игры, плавание.**
- 9. Убедить родителей критически оценить своё отношение к избыточному весу ребёнка, ответственно отнестись к состоянию здоровья своего ребёнка.**



Задачи на определение степени гипотрофии



I. Определите степень гипотрофии:

Ребёнку 3 месяца, масса тела 4600гр

Масса тела при рождении 3600гр.



II. Определите степень гипотрофии

Ребёнку 2 месяц, масса тела при рождении -3100гр

В настоящее время масса тела -3900гр.



III. Подсчитайте, имеется ли дефицит массы тела и, если он есть, определить степень гипотрофии:

Ребёнку 6 месяцев, масса тела-6808гр

Масса тела при рождении 3200гр

**I. Ответ: гипотрофия III степени
(дефицит массы 21%).**

**II. Ответ: гипотрофия I степени
(дефицит массы тела 16%)**

**III. Ответ: дефицит массы 8%,
гипотрофии нет.**

