

Кафедра факультетской педиатрии ЗГМУ  
доцент, к.мед.н., Солодова И. В.

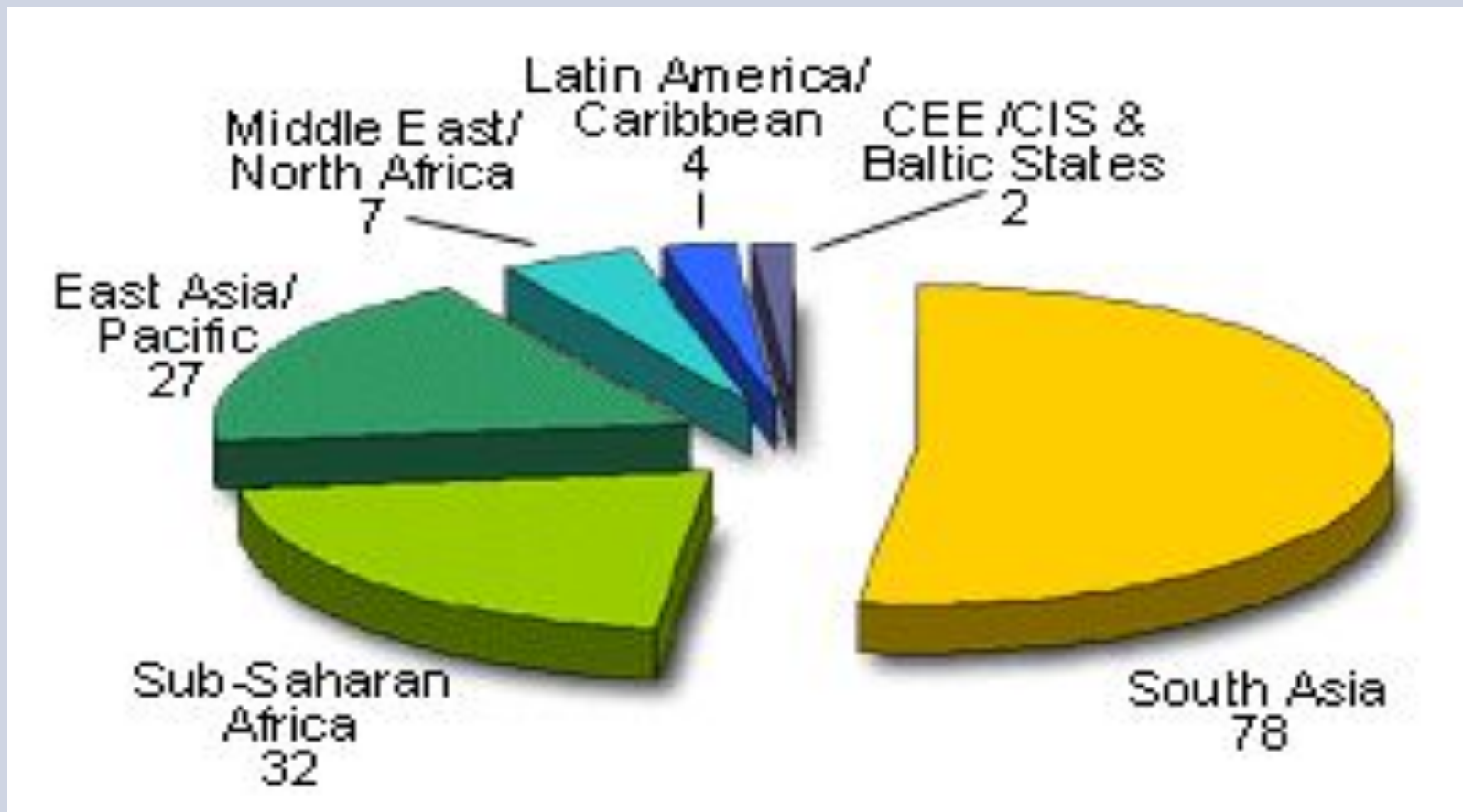
# **Белково-энергетическая недостаточность у детей (*гипотрофия пренатальная, постнатальная* ).**

Кафедра факультетской педиатрии ЗГМУ  
доцент, к.мед.н., Солодова И. В.

# План лекции

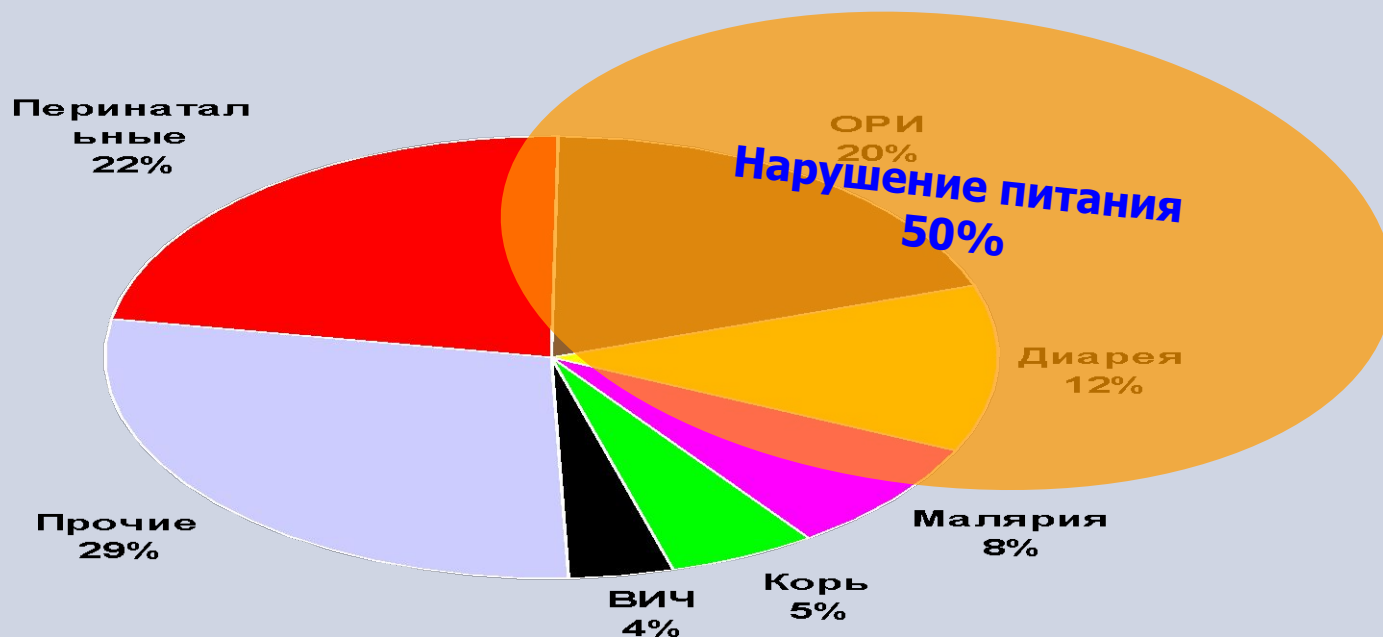
1. Актуальность
2. Этиология
3. Патогенез
4. Принципы диагностики
5. Принципы лечения и профилактики
6. Заключение

150 миллионов детей в странах с низким и средним уровнем экономического развития по-прежнему страдают недостаточностью питания



(UNICEF State of the World's Children, 2001)

# Причины 10.8 миллионов смертей у детей до 5 лет в странах с низким и средним доходом



Из всех смертей в странах с низким и средним доходом более 50% обусловлены только пятью заболеваниями и нарушением питания

- **Основной показатель адекватности диетотерапии — прибавка массы тела.**
- **Хорошей считают прибавку, превышающую 10 г/кг в сут, средней - 5-10 г/кг в сут и низкой - менее 5 г/кг в сут.**

## **Критерием эффективности диетического лечения являются:**

- улучшение эмоционального тонуса,
- нормализация аппетита,
- улучшение состояния кожных покровов и тургора тканей,
- ежедневные увеличения массы на 25—30 г,
- нормализация индекса Л. И. Чулицкой (упитанности),
- восстановление утраченных и приобретение новых навыков психомоторного развития,
- улучшение переваривания пищи (по данным копрограммы).

## **– Диспансерное наблюдение**

- Выведение ребенка из гипотрофии легкой степени занимает до 1 месяца, среднетяжелой — 2—3 месяца, тяжелой — до 4—5 месяцев.**
- Врач должен осматривать ребенка с гипотрофией и проводить антропометрию не реже 1 раза в 2 недели, по показаниям привлекать специалистов, делать анализы крови, копрограмму.**
- С учета снимают через 6-8 недель после достижения физического и нервно-психического развития соответственно с возрастом ребенка**
- Осмотр специалистов:**
  - Педиатр – 1-й мес. 5 раз (обязателен контроль веса и других антропометрических показателей), далее 1 раз в месяц**
  - Осмотр специалистов (невролог, хирург, ортопед) 1 раз в год, далее по показаниям**

- **Прогноз**

зависит от возможностей устранения причины, приведшей к гипотрофии, от наличия сопутствующих и осложняющих заболеваний, возраста больного, характера вскармливания, ухода и условий среды, степени гипотрофии.

При алиментарных и алиментарно-инфекционных гипотрофиях прогноз, как правило, благоприятный. Перенесенная гипотрофия I степени существенно не отражается на дальнейшем развитии ребенка.

- **Профилактика** должна включать рациональное вскармливание, организацию правильного режима, достаточное пользование свежим воздухом, тщательный уход, физическое воспитание и закаливание.

# Медикаментозная терапия

- При гипотрофии II и III степени лечение проводится в условиях стационара:
  - парентеральное питание (по показаниям – растворы аминокислот, жировые эмульсии)
- Для стимуляции трофических функций применяется, триметабол, карнитин, апилак
- При всех формах гипотрофии детям назначают комплекс витаминов в лечебной возрастной дозировке.
- В стадии метаболической адаптации показаны ферментные препараты
- При тяжелой гипотрофии, плохо поддающейся лечению, показана гормональная терапия.



- В фазу восстановления метаболизма, при постоянной прибавке массы тела для её закрепления и некоторой стимуляции показано назначение других лекарственных средств с анаболическим эффектом:
  - инозина — внутрь до еды по 10 мг/кг в сут в 2 приёма во второй половине дня в течение 3-5 нед;
  - оротовой кислоты, калиевой соли — внутрь до еды по 10 мг/кг в сут в 2 приёма во второй половине дня в течение 3-5 нед в фазу усиленного питания при удовлетворительной толерантности к пище (или на фоне приёма ферментных препаратов), при плохой прибавке массы тела;
  - левокарнитина - 20% раствор внутрь за 30 мин до еды по 5 капель (недоношенным детям), по 10 капель (детям до года), по 14 капель (детям от 1 года до 6 лет) 3 раза в день в течение 4 нед;

