

ГИПОТРОФИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Шачнев Родион Михайлович

студент Ставропольский государственный медицинский университет, РФ, г. Ставрополь

Урчукова Лариса Олеговна

студент Ставропольский государственный медицинский университет, РФ, г. Ставрополь

Прояев Кирилл Олегович

студент Ставропольский государственный медицинский университет, РФ, г. Ставрополь

Исаева Луиза Багамаевна

научный руководитель, врач педиатр, заведующая педиатрическим отделением ГБУЗ СК
«Советская РБ». РФ, г. Зеленокумск

В последние годы на фоне значительного уменьшения числа детей с хроническими расстройствами питания инфекционной и алиментарной этиологии гипотрофия детей раннего возраста одна из актуальных проблем педиатрии. Факторы вызывающие гипотрофию, своевременная диагностика и способы её лечения являются важнейшей задачей для гармоничного роста и развития детей. К отдаленным последствиям белково-энергетической недостаточности относится задержка роста, снижения IQ у ребенка

Гипотрофия - хроническое расстройство питания, развивающееся в результате комплекса неблагоприятных факторов пре- и постнатального происхождения.

Гипотрофия является неспецифической реакцией, которая свойственна организму ребёнка раннего возраста, сопровождается нарушением обменных и трофических функций организма и снижением толерантности к пище и иммунобиологической реактивности, ведущим проявлением которого является дефицит массы.

Основным наиболее частым вариантом недостаточного питания является белково-калорийная недостаточность.

У таких детей есть и гиповитаминозы, иногда дефицит поступления микроэлементов. Недостаточность питания при рождении является проявлением ЗВР плода.

К хроническому расстройству питания могут приводить различные факторы, действующие в пренатальном или постнатальном периоде.

Внутриутробная гипотрофия у детей связана с неблагоприятными условиями, нарушающими нормальное развитие плода.

В пренатальном периоде к гипотрофии плода и новорожденного могут приводить патология, соматические заболевания беременной (сахарный диабет, нефропатии, пиелонефрит, пороки сердца, гипертония и др.), нервные стрессы, вредные привычки, недостаточное питание женщины, производственные и экологические вредности, внутриутробное инфицирование и гипоксия плода. Внеутробная гипотрофия у детей раннего возраста может быть обусловлена

эндогенными и экзогенными причинами.

Различают две группы гипотрофий по этиологии - экзогенные и эндогенные.

Экзогенными факторами являются:

-алиментарно-белково-энергетическая недостаточность (недокорм; раннее искусственное вскармливание неадаптированными смесями, коровьим молоком; неправильное введение прикорма; нарушение режима; дефекты ухода; нарушения техники грудного вскармливания);

-тяжелая хроническая патология;

-заболевания, вызываемые инфекциями, вызванные бактериями, постоянный дисбактериоз;

К эндогенным факторам относят:

-аномалии конституции;

-пороки развития;

-врожденные или приобретенные поражения ЦНС;

-хромосомные болезни;

-первичная наследственная задержка роста;

-синдромы мальабсорбции;

-наличие диатезов в младенческом возрасте;

-иммунодефицит как первичный, так и вторичный;

-эндокринные нарушения;

- токсические факторы (использование при искусственном вскармливании смесей с истекшим сроком хранения, отравления, гипервитаминозы А и D);

- анорексия (следствие психогенной или другой депрессии, проявление неврозов и психопатий).

В настоящее время доминируют гипотрофии эндогенной этиологии.

Классификация.

По выраженности дефицита массы тела у детей различают гипотрофию I (легкой), II (средней) и III (тяжелой) степени.

О гипотрофии I степени говорят при отставании ребенка в весе на 10-20% от возрастной нормы при нормальном росте.

Индекс упитанности Чулицкой составляет 10-15 процентов. Гипотрофия II степени у детей характеризуется снижением веса на 20-30% и отставанием роста на 2-3 см. Индекс упитанности Чулицкой составляет 1-10 процентов.

При гипотрофии III степени дефицит массы тела превышает 30 % от должествующей по возрасту, имеется значительное отставание в росте.

Индекс упитанности Чулицкой отрицательный.

Диагностика гипотрофии у детей.

Внутриутробная гипотрофия плода, как правило, выявляется при УЗИ-скрининге беременных.

В процессе акушерского УЗИ определяются размеры головки, длина и предполагаемая масса плода.

При задержке внутриутробного развития плода акушер-гинеколог направляет беременную в стационар для уточнения причин гипотрофии. У новорожденных детей наличие гипотрофии может выявляться неонатологом сразу после рождения.

Приобретенная гипотрофия обнаруживается педиатром в процессе динамического наблюдения ребенка и контроля основных антропометрических показателей.

При выявлении гипотрофии проводится углубленное обследование детей для уточнения возможных причин ее развития.

С этой целью организуются консультации детских специалистов (детского невролога, детского кардиолога, детского гастроэнтеролога, инфекциониста, генетика) и диагностические исследования (УЗИ брюшной полости, ЭКГ, ЭхоКГ, ЭЭГ, исследование копрограммы и кала на дисбактериоз, биохимическое исследование крови).

Лечение. Основу лечения гипотрофии составляет специальная диетотерапия, которая проводится в 2 этапа.

Сначала осуществляется анализирование возможных пищевых непереносимостей у младенца, после чего врачом назначается определенная сбалансированная диета с постепенным увеличением порций пищи и ее калорийности.

Основой диетотерапии при гипотрофии является дробное питание небольшими порциями с малым промежутком времени.

Еженедельно размер порций увеличивается с учетом необходимой пищевой нагрузки при проведении регулярного контроля и осмотров.

В ходе терапии осуществляется корректировка лечения. Ослабленных малышей, которые не могут самостоятельно глотать или сосать, кормят через специальный зонд. Проводится и медикаментозное лечение.

Лечение гипотрофии I степени:

1. Обеспечение оптимального режима дня с учетом физического и психомоторного состояния, а не календарного возраста ребенка.

2. Организация адекватного питания: первые 3 дня назначается щадящее (по качеству) питание, учитывается объем и состав пищи с коррекцией на возрастную норму, затем расчет питания проводится на 1 кг должноствующей массы тела. При недостатке в рационе питания белка вводятся дополнительно творог или белковый энпит, молочно-кислые продукты, обогащенные пробиотиками. Расчет питания проводится каждые 7-10 дней, в зависимости от результатов лечения проводится его коррекция. 140-160 ккал/кг/сут, 11-111 степени - 160-180-200 ккал/кг/сут. Нагрузка по белку достигает 4,0-4,5 г/кг, по жирам - 6,0-6,5 г/кг, углеводами - 15,0-16,0 г/кг. Критериями эффективности диетотерапии этого периода являются улучшения психомоторного и питательного статуса и показателей обмена, достижение регулярных прибавок массы тела 25-30 г/сут.

3. Симптоматическая терапия:

- ферментотерапия показана всем больным гипотрофией;

- витаминотерапия проводится сначала парентерально, а в дальнейшем энтерально. В период минимального питания назначают витамины C, B₁, B₆.

В переходный период и период усиленного питания витамины А, Е, В -пробиотики;

-УФО, лечебные ванны, массаж, гимнастика.

Восстановление массы тела, видов обмена у ребенка с гипотрофией I степени происходит в течение 1-1,5 месяцев, II степени - 3-4 месяцев, III степени - 4,5-6 месяцев. В течение этого времени показано диспансерное наблюдение, осуществляемое участковым педиатром.

Лечение гипотрофии II -III степени (проводится только в условиях стационара):

1. Организация максимально щадящего режима.

2. Организация адекватного питания и способа кормления в зависимости от возраста ребенка, состояния и степени гипотрофии. Ежедневно проводится расчет калорий потребляемой ребенком пищи.

3. Симптоматическая терапия: ферментотерапия; витаминотерапия (А, В1, В2, Р, В12, фолиевая кислота, РР, В5, В15, Д); стимулирующая терапия: дибазол, пентоксил, апилак; -пробиотики: бифидумбактерин, лактобактерин, лакто-фильтрум, линекс; -иммунокорригирующая терапия: специфический иммуноглобулин, препараты плазмы и пр.; УФО, лечебные ванны, гимнастика, массаж.

Профилактика гипотрофии заключается она в правильном поведении будущей матери во время вынашивания ребёнка.

Постановка на учет в поликлинику на ранних сроках беременности, вовремя проходить все обследования и исследования, не пропускать плановые приемы и консультации специалистов.

Особым моментом профилактики гипотрофии у ребенка является питание будущей матери, оно должно быть сбалансированным, обеспечивать организму все необходимые вещества не только для своего существования, но и для развития плода.

После рождения малыша важно рациональное вскармливание, организации соответствующего ухода, лечения рахита, анемии, инфекционных заболеваний у детей раннего возраста.

Важным звеном в профилактике является проведение мероприятий, направленных на антенатальную охрану здоровья плода. Оберегать ребенка от присоединения интеркуррентных инфекций.

Цель нашего исследования: изучить этиологию гипотрофии у детей, провести исследование в условиях стационара, оценить результативность лечения детей с гипотрофией.

Материалы и методы: изучить этиологические факторы и вероятные факторы риска развития гипотрофии у детей, провести исследование и наблюдение детей с гипотрофией в условиях педиатрического отделения ГБУЗ СК «Советская РБ» город Зеленокумск за 2018г.-2019г.

Критериями включения детей в исследование служили: недоношенные и доношенные дети с оценкой по Апгар при рождении не менее 6 баллов; возраст детей от 2 недель до 1 года.

В исследование были включены 5 детей с гипотрофией 2 степени. Возраст 2 мес. -2 ребенка, 4 месяцев 1 ребёнок, 5 месяцев 1 ребёнок, 7 месяцев 1 ребёнок, 1 год 1 ребёнок.

Диагностический комплекс включал в себя: тщательный сбор анамнеза, неврологический и общесоматический статус, УЗИ, клинические анализы. Проводился анализ лечения и контроль его эффективности

Результаты исследования и их обсуждение. Критерии эффективности: динамика массово-ростовых показателей; аппетит; наличие срыгиваний, колик и метеоризма у детей 2 и 4;5 месяцев; состояние кожных покровов и слизистых. Дети 2, 4 и 5 месяцев находились на искусственном вскармливании с использованием адаптированной смеси с пребиотиками.

Всем детям проводилось лечение: ферментотерапия, витаминотерапия, стимулирующая терапия, пробиотики, иммунокорректирующая терапия. Отметили хорошую прибавку в весе .

В среднем, за месяц масса тела увеличилась на 600 г.

Рост детей увеличился на 2 см. У ребёнка возраста 7мес. прибавка в массе 500г.

Рост увеличился на 1.8 см. у малыша 1 года- 300 г. прибавка в весе. Рост увеличился на 1.5 см. Проведённое обследование и назначенное лечение маленьких пациентов дали положительные результаты.

Прогноз: при своевременно начатом лечении, адекватном питании и уходе благоприятный.

Выводы. Профилактика пренатальной гипотрофии плода должна включать соблюдение режима дня и питания будущей мамы, исключение воздействия на плод различных неблагоприятных факторов.

Сохранение естественного вскармливания, рациональное возрастное вскармливание с регулярным расчетом питания, своевременное введение прикормов , организация рационального ухода за новорожденным ,контроль веса ребёнка имеет важное значение.

Своевременное проведение диетической коррекции рациона у детей в лечебно-профилактических учреждениях должны стать неотъемлемой частью процесса лечения пациента и входить в число основных мероприятий.

Мерами профилактики и своевременного лечения можно предотвратить развитие гипотрофии у новорожденных и детей раннего и позднего возраста!

Список литературы:

1. Бабцева А.Ф., Бойченко Т.Е., Шанова О.В. Гипотрофия у детей: учебное учебное пособие –Благовещенск : Букавица 2011.
2. Барабаш Н. А., Станкевич С. С., Михалев Е. В., Лошкова Е. В.. Нутритивная поддержка при дефицитных состояниях у детей. Пособие для врачей . Томск 2015.
3. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С. Диагностика и лечение аллергии к белкам коровьего молока у детей грудного и раннего возраста. 2014.
4. Кильдиярова Р.Р. Болезни органов пищеварения у детей. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации. МЕД. пресс-информ, 2015.
5. Липатова Е.С. Гипотрофия у детей: клинико-метаболические критерии диагностики: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / Липатова Елена Сергеевна. – Самара: 2011.
6. Липатова Е.С., Печкуров Д.В Показатели липидного обмена и нервно-психическое развитие детей раннего возраста с гипотрофией // Сборник материалов VIII Российского Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии», - М.: Издательство «Оверлей», 2009.
7. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / Союз педиатров России. - М.: Щербинская типография, 2011.
8. Скворцова, В. А. Нарушения питания у детей раннего возраста / В. А. Скворцова, Т. Э. Боровик, О. К. Нетребенко / Лечащий врач. - 2011. - № 1.