

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ
Шымкент медицина институты
«Педиатрия» кафедрасы

Тақырыбы:

Тамақтанудың ауыр бұзылысы.

Қабылдаған: м.ғ.д.проф. Жақсыбергенов.А.М.

Орындаған: Әбу Жәудір

Тобы: ЖТД-617

Жоспар:

Кіріспе.

Негізгі бөлім:

□ Нәрестелердегі гипотрофия;

□ Этиологиясы;

□ Патогенез;

□ Клиникалық көріністері;

□ Диагностикасы;

□ Емдеу тактикасы.

Қорытынды.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.



Гипотрофия – торланудың созылмалы бұзылысының салмақ кемістігімен көрінісі. Ағылшын американ әдебиеттерінде гипотрофия термині орнына **malnutricion** қолданылады, яғни жетімсіз, бұрыс тамақтану.

Жеткіліксіз тамақтанудың ең негізгі, әрі жиі вариантты – белоктық-калориялық жетімсіздік. Әдетте, мұнда балалар организмiне витаминдер мен кейде микроэлементтер түсуiнiң кемiстiгi де болады.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

Туғаннан кейінгі БКЖ себептері:

Алиментарлық факторлар – тамақ берудің сандық жетімсіздігі не тамақ берудің сапалық жетімсіздігі.

Инфекциялық факторлар – құрсақішілік жайылмалы инфекциялар, сепсис, пиелонефрит пен зәр жолдарының инфекциясы, ішек пен тіндерге тағамдық заттарға орайласуын бұзуға, гиповитаминозға әкелетін жайлар.

Мырыш пен басқа микроэлементтер, темір жетімсіздігі, гиповитаминоздар, токсикалық жағдалар.

Анорексия – перинаталдық не басқа ми аурулары, сыртқы ортаның қолайсыз жағдайлары, невроздар салдары.

Ауыз, ас қорыту жолдарының іштен біткен ақаулары, соларға баланысты құсулар.

Ішектің мол резекциясынан кейінгі “қысқа ішек” синдромы.

Мальабсорбция синдромдары, целиакия, муковисцидоз, ашішектің әр түрлі бөлігіндегі түктердің атрофиясы.

Тұқым қуалайтын зат алмасу ауытқулары мен иммунды тапшылықтар.



Патогенезі. Гипотрофияға соқтыратын себептердің түріне қарамастан, ауру балалардың барлығына да тағамдақ заттардың ішек және тіндерде қорытылуы бұзылады. Барлық ауруларды салмақ пен бой кемісітігіне тікелей сәйкес зәрмен шығатын азоттық заттар көбейіп мочевина мен зәрдің жалпы азоты арасындағы қатынас бұзылады.

Әдетте гипотрофиясы бар балаларда асқазан, ішек, ұйқы безі ферменттерінің белсенділігі төмен. Бұл көрініс салмақ пен бой кемістігіне тура пропорционалды болғандықтан, гипотрофияның II-III дәрежесінде сау балаларға деген адекватты тағамдық жүктеме науқас баланың жедел ағымды ас қорыту бұзылысына әкеледі. Ішек ұзарып, кететіндіктен іштің қатуы да тән.

БКЖ кезінде гуморальдық иммунитетте заңды бұзылыстар байқалмағанымен нетрофильдермен макрофагтардың фагоцитарлық белсенділігінің өзгерістері, Т – лимфоидтық жүйесінің тежелісі мен лимфоцитопения болады.

Заттек алмасу бұзылыстарының ең көрнектілері: гипопроотеинемия, гипоальбунемия, аминокацидурия; қант қисықтары жазық, гипогликемияға бейім; ацидоз. Калий мен натрий өзгерістері, мүмкін бүйрекүсті бездерінің белсенуінен болуы.

Әр салмақ көлеміне шаққанда дене көлемінің өсуіне сай, әрі осыған сәкес жылу жоғалту жүретіндіктен гипотрофиямен ауыратындардың салқындауы оңай.

Жіктелуі.

Жіктелуі. Ауырлық дәрежесіне қара гипотрофия 3 дәрежеге бөлінеді. Диагнозда негізгі этиологиясы, қосалқы аурулар, асқынаулары көрсетілуі тиіс. Гипотрофия біріншілік және екіншілік деп те ажыратылады. Біріншілігі негізгі диагнозда да, қосалқы да болуы да мүмкін, әдетте, ол тамақ жетімсіздігі салдары болады. Екіншілік гипотрофия негізгі аурудың асқынуынан болады.

Ағылшын – американ әдебиетінде гипотрофияның I-II-дәрежесін жеңіл және орташа белок-калориялық жетімсіздігі деп, ал III-дәрежесін алиментарлық **маразм** немесе **квашиноркар** деп атайды.

Клиникалық көрінісі.

Гипотрофияның **I-дәрежесінде** дененің барлық жерінде, ең алдымен іште, теріастының шел қабаты азаяды. Чулицкая толықтықиндексі бойынша 10-15тең. Май қабаты болбыр, тіндер тургоры мен бұлшықет тонусы төмен. Тері мен шырышты қабаттың шамалы бозғылдығы, терінің серпімділігі мен эластикалығының төмендеуі байқалады. Бойы тетелестерінен қалыспаса да, салмағы қалыптан 11-20%-ға азаяды. Салмақтың өсу сызығы жазықтау. Баланың жалпы көңіл – күйі қанағаттарлық. Психомоторлық дамуы жа бо сына са, дегенмен ашушаң, мазасыз, тезшаршап, ұқысы бұзылады. Лоқсуға, құсып жіберуге бейім.

Ребенок с гипотрофией I ст.



Гипотрофияның II дәрежесі. Шел қабаты кейде кеудеден жоғалып, аяқ – қолында өте азаяды, тек бетінде ғана сақталады. Чулицкаяның толықтық индексі – 0 -10. Терісі бозғыл – сұрғылт, құрғақ, оңа қыртыстанады. Сау балаларға тән санның ішкі жағындағы терінің көлденең қатпары жойылады, көлденең қатпары жойылады, санның ұзына бойына жаңадан болбыр қатпарлар пада болып, қалталанып тұрады.

Салмақ қалыпқа қарағанда 21-30% -ға кем, бой өсуінде де қалыстық болады. Салмақ қосу сызығы жазық. Тәбеті төмен. Тағамға толеранттылық төмен. Әлсіз, тітіркендіргіш, мазасыз, жылауық, әрі бос, төңірекке зеіні немқұрайлы.

Балалардың көбінде отит, пневмония, пиелонефрит және басқа инфекциялық аурулар орын алады, бірақ бұлардағы пневмония мен отит белгілері анық болмайды.

Ребенок с гипотрофией II ст.



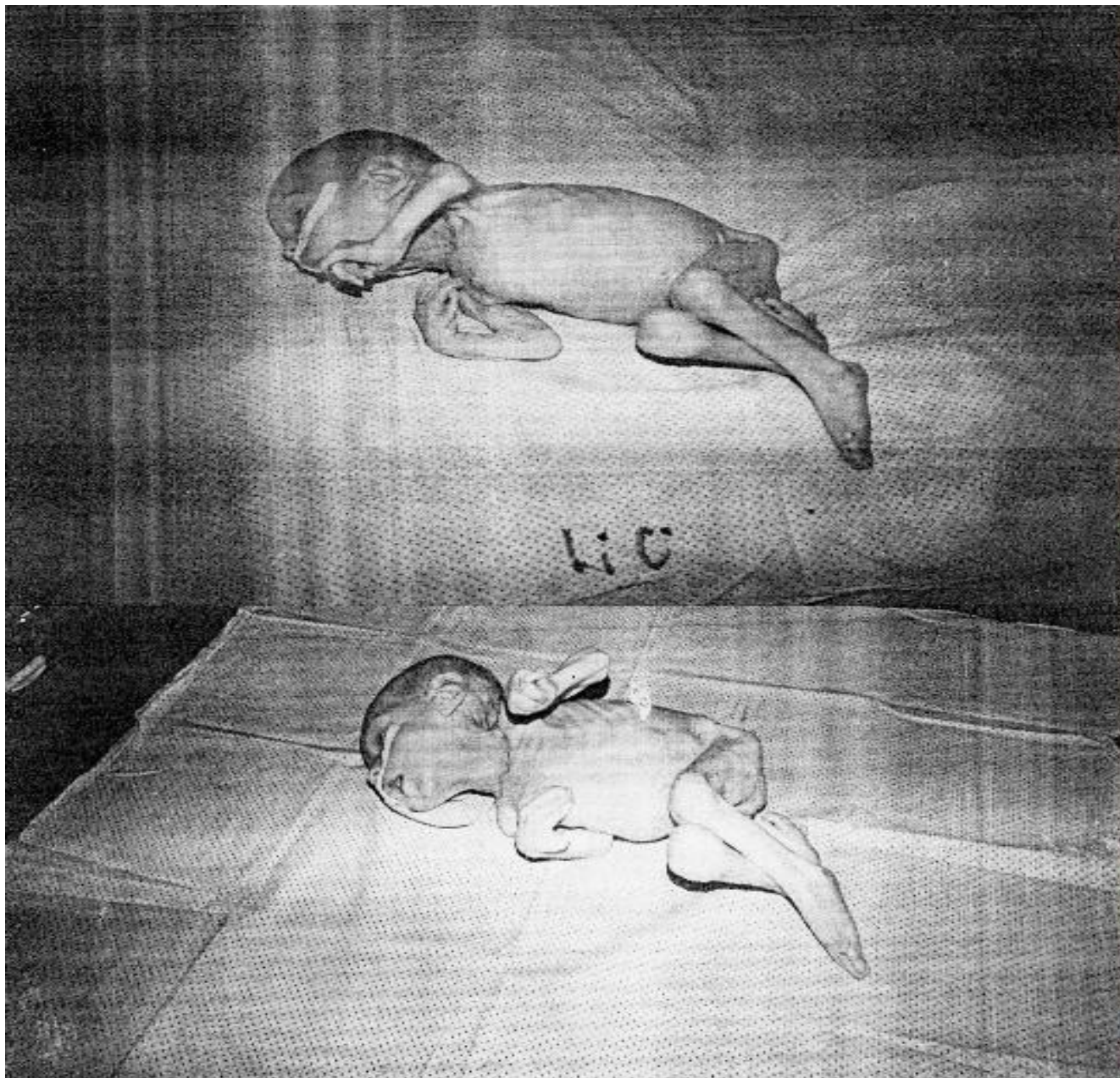
Ребенок с пре- и постнатальной гипотрофией II ст. (ребенку 3 мес.)



Гипотрофияның III-дәрежесі. Біріншілік гипотрофияның III-дәрежесі аса арықтау көрінісімен сипатталады: баланың сыртқы тұрқы терімен ораған қаңқаға ұқсайды. Терінің шел қабаты барлық жерден де жоғалған. Тері бозғылт-сұр, құрғақ, кейде алқызыл көк, аяқ қолы салқын. Тері жазылмады, себебі оның серпімділігі мүлдем жоғалған.

Ребенок с гипотрофией III ст.





**Ребенок с пре-
и
постнатальной
гипотрофией
III ст.
(ребенку 6 мес.)**

(ребенку 8 мес.)

Ребенок с гипотрофией III ст.



Емі

Гипотрафияның ішінде пренатальды гипотрафияларды емдеу қиынырақ, алдымен гипотрафияның себептерін анықтап оны жою қажет, содан кейін барып ем жүргізіледі.

1-ші дәрежелі гипотрафиялармен баланы үй жағдайында емдеуге болады:

- баланың тамағы жасына сәйкес, мөлшері нормада болу керек салмағына есептеліп беріледі;
- дәрілерден витаминдер және ферменттер тағайындалады;
- баланың күтімін жақсартып, тазалықты қатаң сақтап, таза ауаға шығарып тұру, жиі шомылдырып тұру қажет.

2-3-ші дәрежелі гипотрофиялармен балалар стационарда емделуге тиісті. Бала мүмкін болса бөлек боксқа жатқызылып, ерекше тәртіпте күтіліп, емделуі керек:

- бала жатқан бөлменің, төсек орнының, жеке басының тазалығына қатты көңіл бөлінеді;
- емнің ең негізгі бөлігі бұл диетотерапия, 2-3-ші дәрежелі гипотрофияларда баланы тамақтандырудың өзіндік ерекшеліктері бар: тамақтандыру жиілігін көбейтіп, 1 емізгендегі тамақ мөлшерін азайту қолданылады.
- 2-ші дәрежесінде әр 3-3, 5 сағат сайын.
- 3-ші дәрежесінде 2-2, 5 сағат сайын тамақтандырылады. Тамақтың жалпы мөлшерін анықтаған кезде 2 фазалық тамақтандыру принципі қолданылады.

- I. - дәрежелі гипотрофияда сүт көлемі баланың нақты салмағына Б,М,К (белоктар, майлар, көмірсулар) баланың нормада болу керек салмағына есептеледі.
- II. - дәрежеде- сүт көлемі нормадағы мөлшерінің $\frac{2}{3}$ бөлігі Б,К нормада болу керек салмағына, ал майлар қазіргі нақты салмағына есептеліп беріледі.
- III. - дәрежеде-тәуліктік сүт көлемі нормадағының $\frac{1}{2}$ бөлігі, Б пен көмірсулар нормаға жуық салмағына (нақты салмақ+нақты салмақтың 20%), ал майлар нақты салмаққа есептеледі.



Дәрілермен емдеу

Орталық нерв жүйесі тарапынан байқалатын өзгерістерге қарсы тыныштандыратын дәрілер(валерианка, пустырник, бром препараттары) беріледі.

Құсуга пипольфен 2, 5% - 2 мл +0,25% новокаин 100, 0 тамақтану алдында 15-20 минут бұрын 1ш.қ.х 3 рет;

1% пепсин;

- фестал 0,075;

- панкреатин 0,1;

- абомин 0,2; т.б ферменттер тағайындалады ішек микрофлорасын қалпына келтіру үшін бифидумбактерин 2-5 дозадан №3-4; линекс жасына қарай беріледі.

- Ауыр гипотрафияларда – плазма , қан, гаммаглобулиндер егіледі.
- Қорғаныш күштерін арттыру мақсатымен – массаж, гимнастика, УКС тағайындалады.
- Ішек – қарын жиырылуын жақсарту үшін каротин қоспасы 10%; көк шәй 1ш. 3-4 рет беріледі.
- Осы көрсетілген ем ұзақ уақыт комплексті түрде жүргізілуі қажет, сонда ғана нәтижесін көре аламыз. Стационардан шыққаннан кейін бала міндетті түрде “Д” есепте алынады.

Профилактика

1. Баланы дұрыс рациональды тамақтандыру.
2. Күн тәртібін дұрыс ұйымдастыру.
3. Жұқпалы аурулардан сақтандыру.
4. Жүкті әйелдердің денсаулығын нығайту.
5. Ата-аналармен санитарлық ағарту жұмыстарын жүргізу.



medznaniya.ru

Диспансеризациялау

Учаскелік дәрігер диспансеризация ретінде, гипотрофиялы баланы 1-2 аптада бір қарап тұрады. Ол баланың тәбетін, дәретін, эмоционалды тонусын қадағалап, салмақ қосу мен бой өсуіне, терінің, шырышты қабаттардың, сүйек-бұлшық ет және жүйке жүйесі күйіне, тін тургорына, тері асты-май қабаты айқындалуына көңіл аударады, гипотрофиялы балаларға мезгіл-мезгіл емханада қан, несеп талдауын жүргізіп, дәретті құрттарға тексереді.

Диспансерлік бақылауда басында аптасына 1 рет, сосын 2 аптада бір рет, қалыптағы салмаққа тағамды есептеп, фактілі ішілген тағам бойынша түзетулер жасайды. Витаминді және фермент емі жүргізіледі. Емханада балаға сылау, гимнастика жасап, ультрафиолет сәулесін береді.

Ем нәтижелілігінің критерийі (белгісі) болып, баланың эмоционалды тонусы, дұрыс дене дамуы мен гемоглобин көрсеткіштері, созылмалы терінің қызғылт түстілігі, ішкі мүшелер жағынан өзгерістер болмауы табылады.

Қорытынды

Қорыта келгенде гипотрафия ауруы аналар жүктілік кезінде денсаулығына дұрыс көңіл бөлмеуінен (тамақтану, эмоциялық, психикалық, травмалық, инфекциялық т.б. бұзылыстардан п.б.).

Фондық аурулар қазіргі кезде көптеп кездесуіне байланысты, созылмалы аурулардың асқынуымен аяқталуда. Сондықтан біз бұл аурулардың дамуына жол бермеу үшін ана мен баланы арқашан назардан тыс қалдырмауымыз қажет және оларға арнайы консультация жүргізілуі қажет.

**Назар аударғандарыңыз
үшін рахмет!!!**

