

Министерство здравоохранения Свердловской области
Нижнетагильский филиал
Государственного бюджетного
профессионального образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»

Организация сестринского ухода за детьми с дистрофиями. Роль медицинской сестры

Работу делала студентка 392 м/с группы:
Ольга Мезенцева

Актуальность

Нарушение трофики, белкового, водно-минерального и других видов обмена, характерные для дистрофий, приводят к отставанию ребенка в развитии, снижение защитных сил организма, способствуют учащению интерна рентных заболеваний и их тяжелом течении дальнейшем эти нарушения обуславливают патофизиологические изменения внутренних органов, раннее развитие атеросклероза, желчно – и мочекаменной болезни, сахарно го диабета. Знание этиологии, клиники и профилактики дистрофий в детском возрасте расширяет понимание патогенеза перечисленных заболеваний у взрослых, заостряет внимание на важности проведения антенатальной профилактики перинатальных дистрофий.

Цель исследования: изучение Организация сестринского ухода за детьми с дистрофиями. Роль медицинской сестры

Задачи:

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

- этиологию и предрасполагающие факторы дистрофии;
- клиническую картину и особенности диагностики;
- методы обследований и подготовку к ним;
- принципы лечения и профилактики;

Объект исследования

сестринский уход за детьми при дистрофии.

Предмет изучения

сестринское дело в педиатрии.

Определение

Дистрофии - патологические состояния, при которых наблюдаются стойкие нарушения физического развития, изменения морфо-функционального состояния внутренних органов и систем, нарушения обменных процессов, иммунитета, вследствие недостаточного или избыточного поступления и/или усвоения питательных веществ.

Группировка дистрофий

Дети первых двух лет жизни:

- I. Дистрофия типа гипотрофии - отставание массы в сравнении с ростом.
- II. Гипостатура - равномерное отставание массы и роста.
- III. Дистрофии типа паратрофии - избыток массы по отношению к росту.

Старшие возраста:

- III. Дистрофия типа ожирения (тучность) детей.
- IV. Маразм алиментарный (истощение у детей дошкольного и школьного возраста).

Гипотрофия - хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела относительно роста. Распространенность гипотрофии в различных странах в зависимости от экономического развития составляет 7-30 % (в развивающихся странах 20-30%).

Этиология гипотрофии

- Причины, связанные с нарушением режима питания и социальные - бедность, необычные представления о возрастной диете или недостаточная санитарная культура родителей, психические заболевания родителей, умышленно жестокое обращение с ребёнком.
- * Снижение калорийной ценности питания: анатомические нарушения ЖКТ (гастроэзофагальный рефлюкс, пилороспазм, пилоростеноз), патология ЦНС (родовая травма, детский церебральный паралич, нервно-мышечные заболевания), врождённая патология сердца и лёгких сопровождающаяся хронической сердечной или дыхательной недостаточностью (аномалии развития лёгких. врождённые пороки сердца).
 - * Нарушения всасывания пищи: ферментопатии (целиакия, лактазная, дисахаридазная недостаточность и др.), муковисцидоз, количественной недостаточность клеток слизистой кишечника при алкогольном синдроме плода.
 - * Эндокринные заболевания: гиперпаратиреозидизм, сахарный диабет, адрено-генитальный синдром.
 - * Инфекционные заболевания (хронические воспалительные заболевания, СПИД).
 - * Важную роль играют неблагоприятные санитарно-гигиенические условия - недостаточное пребывание на свежем воздухе, редкие купания, неправильное пеленание.
 - * Нарушения режима питания: беспорядочное кормление. Слишком частое кормление приводит к нарушению усвоения пищи.
 - * Масса тела снижается при тяжёлой психосоциальной нагрузке, нарушениях обмена веществ, иммунодефицитных состояниях.

Возникновению гипотрофии способствует ряд факторов связанных с состоянием здоровья матери - нефропатии, сахарный диабет, пиелонефрит, токсикозы первой и второй половины беременности, неадекватный режим и питание беременной, физические и психические перенапряжения, алкоголь, курение, употребление лекарственных препаратов, фетоплацентарная недостаточность, заболевания матки приводящие к нарушению питания и кровообращения плода.

Молочное расстройство питания наблюдают у детей, которые до 10-12 месяцев питаются только молоком или молочными смесями без углеводного прикорма. Это приводит к избытку белков, частично жиров и недостатку углеводов и в дальнейшем к торможению размножения клеток, запорам.

Гипотрофия 1 степени:

Диагностируется редко, так как общее состояние ребёнка страдает мало.

Симптомы: умеренное двигательное беспокойство, проявление жадности к пище, урежение дефекаций, лёгкая бледность кожных покровов, истончение подкожно-жировой клетчатки в области туловища. В области пупка складка достигает 0,8-1,0 см. Масса тела снижается на 10-20% от должной, массоростовой коэффициент 56-60 (в норме более 60.)

Гипотрофия 2 степени:

Характеризуется выраженными изменениями со стороны всех органов и систем.

Симптомы: У таких детей - плохой аппетит, периодические рвоты, нарушен сон. Отмечается отставание в психомоторном развитии: ребенок плохо держит голову, не сидит, не встаёт на ноги, не ходит. Нарушается терморегуляция, в частности существенные колебания температуры тела в течение дня. Резкое истончение подкожно жировой клетчатки не только на животе, но и на туловище и конечностях. Кожная складка в области пупка 0,4-0,5 см, индекс Чулицкой уменьшается до 10-0, массо-ростовой коэффициент снижается ниже 56, ребёнок отстаёт в массе на 20-30%, в росте на 2-4 см. Кривая массы неправильного типа.

Кожные покровы - бледные, бледно-серые, отмечается сухость и шелушение кожи (признаки полигиповитаминоза). Снижается эластичность, тургор тканей и тонус мышц. Волосы блеклые, ломкие. Снижается толерантность к пище. Изменяется характер дефекаций - стул неустойчивый (запор-понос). В кале может обнаруживаться крахмал, нейтральный жир, слизь, мышечные волокна, слизь, лимфоциты.

У большинства детей наблюдается дисбактериоз разной степени выраженности. Моча имеет запах аммиака. У большинства детей имеется соматическая патология (пневмония, отит, пиелонефрит), а анемия и/или рахит практически у каждого ребёнка. Резко снижается иммунологическая толерантность и поэтому соматическая патология протекает малосимптомно и атипично.

Гипотрофия 3 степени (атрофия, маразм, атрепсия).

Обычно атрофия развивается у детей, которые родились с явлениями пренатальной гипотрофии, недоношенных.

Симптомы: анорексия, ослабление жажды, общая вялость, снижение интереса к окружающему, отсутствие активных движений. Лицо выражает страдание, а в терминальный период - безразличие. Резко нарушена терморегуляция, ребёнок быстро охлаждается. Лицо - старческое, щеки запавшие.

Складка кожи на уровне пупка до 0,2 см (практически исчезает), индекс упитанности Чулицкой - отрицателен. Отставание в массе тела свыше 30% отставание в росте составляет более 4 см, задержка психомоторного развития. Дыхание поверхностное, иногда могут отмечаться апное. Тоны сердца ослабленные, глухие, может наблюдаться тенденция к брадикардии, артериальной гипотонии. Живот увеличен в объёме вследствие метеоризма, передняя брюшная стенка истончена, контурируются петли кишок, запоры чередуются с мыльно-известковыми опорожнениями.

Терминальный период характеризуется триадой: гипотермией (32-33), брадикардией 60-49 уд. в мин, гипогликемией. Больной угасает постепенно и умирает незаметно.

Принципы профилактики.

1. Устранение факторов обуславливающих голодание.
2. Организация режима, ухода, массажа, ЛФК.
3. Оптимальная диетотерапия.
4. Заместительная терапия (ферменты, витамины, микроэлементы).
5. Стимуляция сниженных защитных сил организма.
6. Лечение сопутствующих заболеваний и осложнений.

Профилактика гипотрофии

- * Борьба за здоровье женщины (своевременное лечение генитальной и экстагенитальной патологии, соблюдение гигиенических условий труда и быта).
- * Сохранение естественного вскармливания.
- * Рациональное возрастное вскармливание с регулярным расчетом питания.
- * Мониторинг основных антропометрических показателей (массы, роста) особенно у детей находящихся на искусственном вскармливании.
Взвешивания не реже 1 раза в 2 недели.
- * Адекватное лечение патологии детского возраста (особенно сопровождающейся диареей и мальабсорбцией).

Организация сестринского ухода за детьми с дистрофиями.

Все дети требуют оптимального режима сна.

При 2 ст. гипотрофии необходимо спать 2 раза, а при 3 ст. 3 раза в день.

Помещение проветривают, два раза в сутки проводят влажную уборку.

Температура должна поддерживаться в диапазоне 25-26 С.

Организируют тщательный уход за кожей и видимыми слизистыми оболочками, подмывают, кожу обрабатывают прокипяченным подсолнечным маслом.

Общие принципы диетотерапии гипотрофии:

1. Омоложение диеты - использование женского молока и кислых молочных смесей, которые используются для детей более раннего возраста.
2. Увеличение частоты кормлений до 7-8-9 (соответственно при гипотрофии 1-2 и 3 степени).

Гипотрофия 1 степени.

- Период выяснения толерантности длится 1-3 дня.
- 1-й день назначают 1/2-2/3 суточной потребности в пище.
- 2-й день - 2/3-4/5 суточного количества.
- 3-й день полное суточное количество пищи. Расчет питания производится на должную массу тела. При дефиците в пище белка проводится коррекция (сыром, желтком, ацидофильной пастой, белковым энпитом), жира (жировым энпитом, растительным маслом, сливками), углеводов - овощи, фрукты, рафинированные углеводы).
- В отдельных случаях назначают панкреатические ферменты, витамины.
- Лечение легкой гипотрофии при отсутствии сопутствующих заболеваний проводится в домашних условиях.

Гипотрофия 2 степени.

- На 1 этапе проводят осторожное индивидуальное кормление:
- На 1 неделе расчет питания по белкам и углеводам производится на фактическую массу + 20%, а жиров на фактическую массу. Количество кормлений увеличивают на 1-2 от возрастной нормы.
- На 2 неделе 2/3 суточного количества пищи. На 3 неделе соответственно суточной возрастной потребности.
- В период выздоровления исходя из массы тела высчитывают суточную потребность в энергии:
- 1 квартал в сутки необходимо 523-502 кДж/кг (125-120 ккал/кг).
- 2 квартал 502-481 кДж/кг (120-115 ккал/кг).
- 3 квартал 481-460 кДж/кг (115-110-ккал/кг).
- 4 квартал 460-418 (110-100 ккал/кг).
- При смешанном и искусственном вскармливании энергетическая ценность увеличивается на 5-10%

Гипотрофия 3 степени

- Детей с гипотрофией 3 степени начинают кормить грудным молоком (нативным или донорским). В крайнем случае адаптированными молочно-кислыми смесями.
- 1 неделя $1/3$ суточной потребности. Число кормлений увеличено на 2-3. $2/3$ суточной потребности обеспечивают жидкостью (овощные и фруктовые отвары, электролитные растворы, парентеральное питание).
- 2 неделя $1/2$ должной суточной потребности в пище.
- 3 неделя $2/3$ должной суточной потребности в пище.
- Белки и углеводы рассчитываются на должную массу, а жир только на фактическую.
- При анорексии, низкой толерантности к пище назначают частичное парентеральное питание - аминокислотные смеси (полиамин, альвезин Новый, амикин, левамин), растворы инсулина с глюкозой 1 ЕД/5 г глюкозы.

Паратрофия (тучность, ожирение) – это 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. Существует наследственная предрасположенность к ожирению: при ожирении у одного из родителей оно выявляется у детей в 40% случаев, у обоих родителей – в 80%. Частота ожирения колеблется от 6% до 20% (по данным разных авторов).

Этиология:

- Среди этиологических факторов, приводящих к паратрофии, наиболее важное значение имеют злоупотребление высококалорийными продуктами, высокобелковое питание, перекорм и одностороннее вскармливание употреблением пищи повышенной калорийности во второй половине дня, а также эндокринные и нейроэндокринные расстройства
- Предрасполагающими к паратрофии факторами являются особенности конституции ребенка, его малоподвижность и отягощенная по ожирению и обменным заболеваниям наследственность.
- Перекорм наблюдается, как правило, за счет избыточного введения в питание углеводов: злоупотребление кашей, бесконтрольное введение творога и сливок и др.

Клиника.

Равномерная избыточная масса тела, бродильная диспепсия, вздутие живота, умеренно выраженный токсикоз за счет всасывания органических кислот, дисбаланс по углеводам и белкам в сторону повышения углеводов.

Снижение количества белка приводит к дефициту иммунологического статуса, следовательно, эти дети склонны к развитию интеркуррентных инфекций.

Дети малоподвижны, повышено отложение подкожного жира, кожные покровы бледные, так как присутствуют симптомы анемии, признаки мышечной гипотонии, симптомы рахита, приглушенность тонов сердца, систолический шум, отставание в моторном развитии.

Профилактика паратрофий

Общие подходы к профилактике паратрофии:

- * коррекция питания;
- * сбалансирование питания;
- * нормализовать режим дня ребенка;
- * массаж; * лечебная гимнастика;
- * прогулки;
- * бифидум-бактерин, лактобактерин в случае дисбактериоза;
- * витамины, адаптогены так как есть дисбаланс в иммунном статусе;
- * прочая симптоматическая терапия (например, если есть симптомы анемии, то дают препараты железа, при рахите - витамин D).

- Диетотерапия паратрофии (по назначению врача)

При паратрофии комплекс лечебно-организационных мероприятий должен быть направлен на уточнение и устранение возможной причины заболевания, организацию рационального диетического режима, не вызывающего замедления роста ребенка, организацию двигательного режима в своевременное выявление и лечение сопутствующей патологии.

- Основные принципы:

- * ограничение питания, с помощью которого можно добиться замедления нарастания массы тела без ее потерь;
- * обеспечение детей на искусственном вскармливании дополнительным количеством жидкости для выведения солей;
- * прием ребенком калорийной пищи в первой половине суток;
- * устранение ночных кормлений при избыточном питании вследствие перекорма женским молоком, упорядочение режима кормлений, уменьшение на несколько минут продолжительности каждого кормления;
- * введение минимально-оптимального количества белка: 2-2,5 г на 1 кг массы при естественном и 3 г на 1 кг при искусственном вскармливании (белок лучше вводить с обезжиренным творогом, кефиром, тощими сортами мяса, обезжиренным энпитом);
- * -- проведение коррекции жира растительными жирами (количество жира должно составлять в 1-й четверти первого года жизни 7 г на 1 кг, во 2-й -- 6,5 г, в 3-й -- 6 г, в 4-й -- 5 г на 1 кг массы тела);
- * введение углеводов преимущественно с овощными и фруктовыми блюдами при значительном ограничении сахара и исключении мучных продуктов (количество углеводов на 1 кг массы тела -- 12 г).

Заключение

- Нормальное развитие ребенка находится в тесной связи с деятельностью его органов пищеварения. Расстройство пищеварения приводит к расстройству питания, нарушению обмена, которое нередко сопровождается нарушением функций многих органов и систем.
- Медработник первичного звена медицинской помощи занимает уникальное положение, позволяющее рано диагностировать расстройства питания и предотвратить их прогрессирование на ранних стадиях болезни. Первичная и вторичная профилактика включает необходимость скрининга расстройств питания, измерения роста и веса, как рутинной части мероприятий ежегодного наблюдения.
- Необходимо уделять пристальное внимание выявлению ранних симптомов расстройств питания. Раннее распознавание и лечение расстройств питания может предотвратить физические и психические последствия нарушений пищеварения, которые приводят к прогрессированию заболевания на поздней стадии. Скрининговые вопросы относительно удовлетворенности внешним видом своего тела должны задаваться всем детям препубертатного возраста и подросткам. Вес и рост должно определять регулярно (предпочтительно в больничном платье, т.к. для увеличения веса могут быть использованы различные предметы). Полученные данные относительно роста и веса должны вноситься в педиатрические карты роста, для того чтобы определить их задержку, связанную со сниженным употреблением нутриентов.
- Большое значение имеет организация ухода, ребенка с хроническим расстройством питания не столько лечат, сколько выхаживают. Очень важно создавать у ребенка положительный эмоциональный тонус - необходимо чаще брать его на руки (профилактика гипостатических пневмоний), разговаривать с ним, гулять.

Министерство здравоохранения Свердловской области
Нижнетагильский филиал
Государственного бюджетного
профессионального образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»

Организация сестринского ухода за детьми с дистрофиями. Роль медицинской сестры

Работу делала студентка 392 м/с группы:
Ольга Мезенцева