

**ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней №3**



**Хронические
расстройства
питания у детей**

Ростов-на-Дону, 2015 г.

Хронические расстройства питания, часто обозначаемые термином **«дистрофия»** (dys- расстройство, trophe- питание) – это патологическое состояние, характеризующееся нарушениями физического развития, процессов метаболизма, иммунитета, морфофункционального состояния внутренних органов и систем организма, в результате недостаточного или избыточного поступления и/или усвоения питательных веществ.

Типы дистрофий различаются по соотношению массы тела и длины, т.е. базируются на оценке упитанности ребенка

- гипотрофия- это отставание массы тела от длины;
- гипостатура- это равномерное отставание массы тела и его длины от возрастных физиологических параметров;
- паратрофия:
 - преобладание массы тела над ростом;
 - с равномерно избыточными массой и ростом;
 - с нормальными массой и ростом.

ГИПОТРОФИЯ -

- это заболевание детей первых лет жизни, характеризующееся замедлением или прекращением нарастания массы тела и сопровождающееся нарушением трофических функций организма, пищеварения, обмена веществ, задержкой физического и нервно-психического развития, снижением специфических и неспецифических сил организма, в результате белково-энергетической недостаточности.

■ **КВАШИОРКОР – это тяжелая форма белково-энергетической недостаточности, возникающая при алиментарном дефиците белка животного происхождения и избытке углеводов в рационе питания ребенка.**

Характерна тетрада Джеллифа:

- **безбелковые отеки;**
- **отставание в физическом развитии (дефицит массы более 30%);**
- **мышечное истощение;**
- **отставание в психомоторном**

- ГИПОСТАТУРА - это равномерное отставание в массе и длине тела от возрастных физиологических параметров в результате эндокринной патологии или как проявление конституциональной низкорослости.
- ГИПОПЛАЗИЯ – низкорослость, имеющая конституциональную природу, при отсутствии признаков гипотрофии.

Другие типы белково-энергетической недостаточности:

- **Алиментарный маразм** – значительная белково-энергетическая недостаточность у детей более старших возрастных групп в результате тяжелых хронических заболеваний при критическом дефиците массы более 30-50%;
- **Атрепсия** – отсутствие возможности переваривать и всасывать необходимые для жизнедеятельности детского организма питательные вещества;
- **Декомпозиция** – утрата возможности построения тканей организма.

Факторы, предрасполагающие к развитию гипотрофии.

- Экзогенные факторы:
 - алиментарные (количественный и качественный недокорм, раннее искусственное вскармливание неадаптированными молочными смесями, неправильное введение прикорма, нарушение режима вскармливания и дефекты ухода);
 - длительная интоксикация при острых и хронических инфекциях, гнойных процессах;
 - тяжелые хронические неинфекционные заболевания (амилоидоз, диффузные заболевания соединительной ткани, тяжелая сердечная недостаточность, злокачественные опухоли).

□ Эндогенные факторы:

- врожденные пороки развития (ССС, ЖКТ, ЦНС, мочеполовая система, печень);
- врожденные или приобретенные поражения ЦНС (перинатальные поражения ЦНС, внутричерепные кровоизлияния);
- синдром мальабсорбции (целиакия, муковисцидоз, лактазная недостаточность и т.д.);
- врожденные иммунодефицитные состояния;
- некоторые эндокринные заболевания;
- наследственные нарушения обмена веществ.

По времени возникновения

- пренатальная (внутриутробная или врожденная);
- постнатальная ;
- пренатально-постнатальная (смешанная).

Пренатальная гипотрофия - это когда при доношенной беременности рождается ребенок с массой менее 2800 гр. и длиной более 48 см, у недоношенных детей следует использовать оценочные таблицы массы тела соответственно срокам гестации.

Причины пренатальной гипотрофии:

- преплацентарные – конституциональные особенности матери, соматические заболевания, гестозы, дефекты питания матери, неблагоприятные социально-экономические и экологические условия, вредные привычки, возраст матери;
- плацентарные – тромбоз сосудов, наличие гематом и инфарктов плаценты, её гиперплазия, кальциноз, фиброз, плацентит;
- постплацентарные – аномалии пуповины, многоплодная беременность, ВУИ, врожденные пороки развития плода, хромосомные заболевания, моногенный синдром.

Периоды заболевания

- начальный;
- прогрессирования;
- стабилизации;
- реконвалесценции.

Степень тяжести (дефицит массы)

- легкая (1 ст.) – дефицит массы 11-20%;
- средне-тяжелая (2 ст.) – дефицит массы 21-30%;
- тяжелая (3 ст.) – дефицит массы более 30%.

Частота гипотрофии

- до 20% новорожденных рождаются с признаками пренатальной гипотрофии;
- у недоношенных их частота достигает 22%;
- из общего числа детей с гипотрофией, последняя у 66% развивается в первом полугодии, у 20% - во втором полугодии и только у 10% на втором году жизни.



Клиника гипотрофии 1 степени

- Имеет место истончение подкожно-жирового слоя на животе, грудной клетке, бедрах, снижение эластичности кожи и тургора тканей. Повышенная нервная возбудимость.
- Кривая нарастания м.т. уплощена, длина тела и психомоторное развитие соответствует возрасту. Масса тела по отношению к возрасту и росту расположена в P25 до P10 (по центильным таблицам).
- Секреторная функция ЖКТ в норме, дисбактериоза нет или 1 степени.

Клиника гипотрофии 2 степени

- Подкожно-жировой слой исчезает на животе, груди, резко истончается на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная с сероватым оттенком, легко собирается в складки.
- Признаки полигиповитаминоза, аппетит и толерантность к пище снижены, отмечается отставание в психомоторном развитии и длине тела, нарушение терморегуляции, снижение иммунитета. Масса тела по отношению к возрасту и росту расположена в P10 до P3 (по центильным таблицам).
- Секреторная функция ЖКТ снижена, проявления дисбактериоза 1-2 степени.

Клиника гипотрофии 3 степени

- Состояние ребенка тяжелое, превалирует угнетение со стороны ЦНС, подкожно-жировой слой исчезает и на лице, кожа бледная, морщинистая, не расправляется, слизистые сухие («скелет, обтянутый кожей»), длина тела ниже 3 перцентиля, весовая кривая направлена вниз и не имеет тенденции к подъему, резко выражены признаки полигиповитаминоза.
- Вследствие снижения иммунитета частое присоединение инфекции с исходом в токсикосептическое состояние.
- Секреторная функция ЖКТ резко нарушена, дисбактериоз 3 степени.

Основные принципы лечения

- Выявление и по возможности устранение причин, вызвавших гипотрофию.
- Организация оптимальных условий режима. Ухода и вос-питания ребенка.
- Диетотерапия в зависимости от тяжести заболевания.
- Заместительная ферментотерапия продолжительностью 3-4 недели. При наличии в копрограмме нейтрального жира, жирных кислот показаны панкреатин, панцитрат, креон.
- Чередующиеся курсы витаминотерапии, в первые дни они вводятся парентерально, а в дальнейшем – внутрь.
- Коррекция дисбиотических нарушений кишечника: адаптированные смеси с про- и пребиотиками, биологически активные препараты: бифидум-

- Стимулирующая терапия проводится со 2-3 недели лечения в виде курсов : апилак (0.005-0.01), метацил (5мг) в свечах, настой элеутерококка, женьшеня (1-3 капли 3 раза в день) и др.
- Гормональная терапия (в период стабилизации): инсулинотерапия (по 2-4 ед.инсулина с глюкозой), неробол (0.1 мг/кг) или ретаболил (1 мг/кг) 1 раз в 2-3 недели в течение 1-2 месяцев. Иммунокорректирующая терапия под контролем иммунограммы.
- Симптоматическая терапия.

Основные положения

диетотерапии

- Выбрать режим дня и питания ребенка с учетом степени тяжести заболевания.
- Произвести расчет объема питания на фактическую массу (200 мл/кг).
- Определить продолжительность временных этапов диетотерапии (этап разгрузки 3-5 дней, минимального питания 3-5 дней, промежуточный этап 5-7 дней, оптимального или максимального питания).
- Определить начальный объем пищи от расчетного суточного объема в зависимости от тяжести состояния и толерантности ЖКТ к пище (2/3 , 1/2 или 1/3 от расчет-ного объема).
- Расчитать необходимый объем жидкости при щадящем режиме питания.
- Выбрать для каждого временного этапа диетотерапии основную и корректирующую смесь.

Диетотерапия при гипотрофии

1 степени:

- Достаточно устранить дефекты вскармливания;
- Наладить рациональное питание с учетом физиологических потребностей ребенка в пищевых ингредиентах;
- Обеспечить общий режим и правильный уход за ребенком;
- Расчет и коррекция питания проводят на 1 кг должноствующей массы;
- В случаях снижения толерантности ЖКТ к пище в период адаптации (1-3дня) объем пищи снижается до $2/3$ от расчетного объема.

Схема диетотерапии гипотрофии на этапе разгрузки

ЭТАП	ЦЕЛЬ ЭТАПА	Количество пищи от расчетного суточного объема	Питьё до суточного объёма	Потребность в пищевых ингредиентах
<p>Разгрузка</p> <p>Длительность до 3-5 дней</p>	<p>-Определение толерантности ЖКТ к пище;</p> <p>-Стабилизировать водно-минеральный и межклеточный обмен;</p> <p>-Обеспечить энергопотребности основного обмена;</p> <p>-Адаптировать ЖКТ к постепенному увеличению объема питания.</p>	<p>При 1ст. - 2/3 При 2 ст.- 1/2 При 3 ст.-1/3</p> <p>Высоко адаптированные молочные смеси, в возрастающей концентрации до 10 раз в сутки Расчет потребности- на фактическую массу.</p>	<p>Рисовый и овощные отвары, каротиновая смесь, оралит, регидрон.</p>	<p>2 ст. Б-1.5г/кг, Ж-3-4г/кг, У-8-10г/кг, Ккал-75-80 на 1кг</p> <p>3 ст. Б-0.6-0.7г/кг, Ж-3г/кг, У-8г/кг, Ккал-60 на 1кг Расчет производится на фактическую массу.</p>

Схема диетотерапии гипотрофии на этапе минимального питания

ЭТАП	ЦЕЛЬ ЭТАПА	Количество пищи от расчетного суточного объема	Потребность в пищевых ингредиентах
<p>Минимальное питание Длительность до 3-5 дней</p>	<p>Дальнейшая адаптация к повышению объема питания от обеспечения потребностей основного обмена до полной суточной потребности на 1 кг фактической массы.</p>	<p>2 ст. – более 3/4 3 ст. – более 2/3</p>	<p>2 ст. Б – до 2.5г/кг Ж – 3-4 г/кг У – до 10 г/кг Ккал- до 100 на 1 кг</p> <p>3 ст. Б – до 2 г/кг Ж – до 3-4 г/кг У – 8 г/кг Ккал -60-100 на 1кг</p>

При удовлетворительной толерантности ЖКТ к пище и быстрой адаптации этап разгрузки и минимального питания объединяют с длительностью до 3-5 дней.

Схема диетотерапии гипотрофии на промежуточном этапе

ЭТАП	ЦЕЛЬ ЭТАПА	Количество пищи от расчетного суточного объема	Потребность в пищевых ингредиентах
Промежуточный Длительность от 3-7 дней до 21	Дальнейшая адаптация к нарастающему объему пищи. Покрытие возрастной потребности в белках, затем в углеводах и жирах на долженствующую массу.	Возрастная суточная потребность	Б – 3.5 г/кг Ж – 5-6 г/кг У – до 14-15 г/кг Ккал -115-120 на 1 кг Расчет проводится на приблизительно долженствующую массу тела.

Схема диетотерапии гипотрофии на этапе оптимального питания

ЭТАП	ЦЕЛЬ ЭТАПА	Характер питания	Потребность в пищевых ингредиентах
Оптимального или максимально-го питания Длительность на весь период реконвалесценции	Полное обеспечение потребности больного ребенка в пищевых веществах, энергии и такому соотношению пищевых ингредиентов, которое бы обеспечило максимальное их усвоение и устранение имеющегося дефицита массы тела.	Используются физиологические и лечебные адаптированные молочные смеси. В блюда прикорма добавляют желток, творог, мясо, печень, растительное масло, сливки.	Максимально допустимые дозы: Б – 3.5-4.5 г/кг Ж – 6.0-6.5 г/кг У – 15.0-16.0 г/кг Ккал – до 135 на кг Расчет проводится на должную массу тела.

Профилактика гипотрофии

Аntenатальная профилактика

Предупреждение пренатальной гипотрофии.

Постнатальная профилактика

Благодарю за внимание!

