

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра общая врачебная практика № 1

СРС

**ТЕМУ : «СОСТАВЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО
КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК С ФОНОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»
(ГИПОТРОФИЯ)**

Выполнила: Оспанова Г.А
Студентка 5 курса ОМ 066-1
Проверила: Оналбаева Б.Ж

Алматы- 2017

Определение

- БЭН – недостаточное питание ребенка, которое характеризуется остановкой или замедлением увеличения массы тела, прогрессирующим снижением подкожной основы, нарушениями пропорций тела, функций питания, обмена веществ, ослаблением специфических, неспецифических защитных сил и астенизации организма, склонности к развитию других заболеваний, задержкой физического и нервно – психического развития.

Классификация по МКБ-10:

- E40-E46. Недостаточность питания (гипотрофия: пренатальная, постнатальная).
- E40. Квашиоркор.
- E41. Алиментарный маразм.
- E42. Маразматический квашиоркор.
- E43. Тяжёлая белково-энергетическая недостаточность неуточнённая.
- E44. Белково-энергетическая недостаточность неуточнённая умеренной и слабой степени.
- E45. Задержка развития, обусловленная белково - энергетической недостаточностью.
- E46. Белково-энергетическая недостаточность неуточнённая.

Клиническая классификация:

По времени возникновения:

- пренатальные;
- постнатальные.

По этиологии:

- алиментарные;
- инфекционные;
- связанные с дефектами режима, диеты;
- связанные с пренатальными повреждающими факторами;
- обусловленные наследственной патологией и врожденными аномалиями развития.

По степени тяжести:

- БЭН I степени – дефицит массы тела 11–20%;
- БЭН II степени – дефицит массы тела 21–30%;
- БЭН III степени – дефицит массы тела > 30%.

По периодам:

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

По форме:

- острая - проявляется преимущественной потерей массы тела и ее дефицитом по отношению к должноствующей массе тела по росту;
- хроническая - проявляется не только дефицитом массы тела, но и существенной задержкой роста.

Клиника

Показатель	Степень гипотрофии		
	I	II	III
<u>Отставание массы тела от возрастной нормы</u>	На 10 – 12%	На 20 – 30%	Свыше 30%
<u>Состояние кожных покровов:</u> Цвет Влажность Эластичность	Бледный Понижена незначительно Нормальная	Бледный Понижена Умеренно снижена	Бледно-серый Кожа сухая Резко снижена
<u>Подкожно-жировой слой</u>	Истончен на животе	Отсутствует на животе и груди, истончен на бедрах	Отсутствует на животе, груди, бедрах и на щеках
<u>Тургор тканей</u>	Снижен незначительно	Снижен умеренно	Резко снижен
<u>Аппетит</u>	Снижен незначительно	Снижен умеренно	Резко снижен
<u>Характер стула</u>	Обычный	Неустойчивый	«Голодный»
<u>Толерантность к пище</u>	Нормальная	Снижена	Резко снижена
<u>Температура тела</u>	Обычная	Обычная	Гипотермия
<u>Психомоторное развитие</u>	Без отклонений от нормы	Отстает от нормы умеренно	Резко отстает от нормы
<u>Индекс Чулицкой</u>	10-15	До 10	Отрицателен
<u>ИМТ</u>	17-18,4	15-16,9	<15

Диагностика

Лабораторные исследования:

- определение хлоридов пота – при подозрении на муковисцидоз;
- определение антител к тканевой трансглутаминазе (АТ к ТТГ);
- посев биологических жидкостей с отбором колоний – при длительном инфекционном процессе;
- анализ чувствительности микробов к антибиотикам – для подбора рациональной антимикробной терапии;
- коагулограмма – для диагностики системы гемостаза;
- иммунограмма (общее количество лимфоцитов, CD4+ Т-лимфоцитов, гранулоциты, активности комплемента, иммуноглобулины А, М, G) – для исключения иммунодефицитного состояния;
- гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4), надпочечников (кортизол, АКТГ, 17 ОКС), КФК - для исключения патологии щитовидной железы, надпочечников;
- суточная экскреция солей – для диагностики метаболических нарушений.

Инструментальные исследования:

- ЭКГ - для скрининг диагностики;
- ЭхоКГ - с диагностической целью для выявления морфологических и функциональных изменений сердца;
- ультразвуковое исследование брюшной полости, почек - для скрининг – диагностики.
- фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкого кишечника проводится с диагностической целью у детей с синдромом мальабсорбции.
- рентгенологическое исследование пищевода, желудка, желчевыводящих путей, кишечника, легких
- КТ головы, органов грудной, брюшной полости, малого таза – для исключения патологического процесса.

Лечение

Тактика лечения:

- детям с БЭН 1 степени при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и осложнений показано амбулаторное лечение;
- детям с БЭН II - III степени в зависимости от тяжести состояния показано стационарное обследование и лечение;

Медикаментозное лечение:

- Смесь «Нутрилон Пепти Гастро», «Альфаре», «Нутрилак, смеси для недоношенных, смеси для детей старше 1 года «Нутриэн Иммун» (УД – А)- расчет в зависимости от периода адаптации
- Панкреатин (УД – В)- 1000 Ед\кг в сутки липазы, при МВ 6000-10000 ЕД\кг\сут по липазе
- Колекальциферол (УД – В)-500-3000 Ед\сут, по 1-4 капли 1 раз в день
- Железа сульфат (УД – А)-4 мг\кг 3 р\д, перорально
- Ретинол- суточная потребность в витамине А для детей: в возрасте до 1 года — 1650 МЕ (0,5 мг), от 1 года до 6 лет —3300 МЕ (1 мг), от 7 лет и старше — 5000 МЕ (1,5 мг).
- Токоферол (УД – А)-для детей в возрасте старше 10 лет суточная доза витамина 8- 10мг, детям до 3-х лет суточная доза от 3 до 6 мг, до 10 лет– не более 7 мг.

Лечение БЭН I степени

число кормлений	калорийность, ккал/кг/сут	белки, г/кг/сут	жиры, г/кг/сут	углеводы, г/кг/сут
по возрасту n = 5-6 (10)	<p>расчеты в соответствии с возрастом и должествующим весом</p> <p>Долженствующая масса тела = масса тела при рождении + сумма нормальных ее прибавок за прожитый период</p>			
	0-3 мес. 115	2,2	6,5	13
	4-6 мес. 115	2,6	6,0	13
	7-12 мес. 110	2,9	5,5	13

Лечение БЭН II степени

При II степени БЭН в первый день назначают 1/2- 2/3 необходимого суточного объема пищи. Недостающий объем пищи восполняют за счет приема внутрь регидратационных растворов. Адаптационный период заканчивается при достижении необходимого суточного объема пищи.

Расчет питания при БЭН II степени

длительность периода	число кормлений	калорийность ккал/кг/сут	белки г/кг/сут	углеводы г/кг/сут	жиры г/кг/сут
1-4 недели	n+1, n+2, затем n = 5-6 (8)	расчеты в соответствии с возрастом и долженствующей массой тела			на фактический вес
		расчеты в соответствии с возрастом и долженствующей массой тела			

Лечение БЭН III степени

Расчет питания при БЭН III степени

длительность периода	число кормлений	калорийность ккал/кг/сут	белки г/кг/сут	жиры г/кг/сут	углеводы г/кг/сут
10 -14 дней	1-2 день n=10, 3-5 день n=7, 6-7 день более 7 дней n=5-6	120	1-2	расчеты в соответствии с возрастом и фактической массой тела	

Показатели адекватности диетотерапии

прибавка в весе

оптимальная, г\кг\сут	средняя, г\кг\сут	низкая, г\кг\сут
>10	5-10	<5

Схема диспансеризации детей с гипотрофией

Частота осмотра специалистами, методы обследования	1-год наблюдения
Педиатр	2 раза в месяц в I полугодии и 1 раз во II, далее 1 раз в квартал
Невропатолог	1 раз в год
ОАК, ОАМ, копрограмма, исследование кала на гельминты, простейшие	2 раза в год
Проба на трипсин и другие ферменты	По показаниям

Профилактические прививки при гипотрофии I степени не противопоказаны. При II-III степени прививки через 1 мес после выхода ребенка из этого состояния.

Срок диспансерного наблюдения 1-2 года.

Профилактика.

- оптимальный уход;
- регулярные медицинские осмотры;
- питание, достаточное по частоте и объему, адекватное по калорийности и содержанию основных нутриентов;
- витаминная и минеральная коррекция.

Национальный календарь прививок Республики Казахстан

Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам» от 30 декабря 2009 года № 2295 (с изменениями и дополнениями от 12.02.2013

Возраст	Виды вакцинации							
	БЦЖ	ВГВ	ОПВ/ ИПВ	АБКДС	Хиб	АДС-М	ККП	Пневмо
1-4 день жизни	+	+						
2 месяца		+ (АБКДС+Хиб+ВГВ+ИПВ)						+
3 месяца			+ (АБКДС+Хиб+ИПВ)					
4 месяца		+ (АБКДС+Хиб+ВГВ+ИПВ)						+
12-15 месяцев			+ (ОПВ)				+	+
18 месяцев			+ (АБКДС+Хиб+ИПВ)					
6 лет (1 класс)	+			+			+	
16 лет						+		
Через каждые 10 лет						+		

Моновакцины

АДС-М – против дифтерии, столбняка;

БЦЖ – против туберкулеза;

Пневмо – против пневмококковой инфекции;

ВГВ – против вирусного гепатита В;

Полио – против полиомиелита – оральная/инактивированная;

Комбинированные вакцины:

ККП – против кори, краснухи и эпидемического паротита;

АБКДС+Хиб+ВГВ+ИПВ – против коклюша с бесклеточным коклюшным компонентом, дифтерии, столбняка, вирусного гепатита В, гемофильной инфекции типа b и инактивированная полиовакцина;

АБКДС+Хиб+ИПВ - против коклюша с бесклеточным коклюшным компонентом, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции типа b и инактивированная полиовакцина.

Индивидуальный календарь прививок.

Задача № 1

- Девочка 2мес госпитализирована в детскую больницу. При сборе анамнеза выяснено, что роды наступили в срок, физиологические. Масса тела при рождении 3350 г, длина 49 см. Находится на грудном вскармливании, часто беспокоится. При осмотре: температура тела 36,8 С, масса 3150, длина 51 см. Кожа с гиперемией в паховых и подмышечных складках. Подкожно – жировая клетчатка истощена: толщина складки на уровне пупка – 0,5 см. Масса тела снижается на 10–20% от долженствующей. Поставлен диагноз гипотрофия 1 степени. Какие вакцинации и в какие сроки наиболее вероятны для данного ребенка?

Задача № 2

- Мать 3 мес ребенка обратилась к врачу с жалобами на снижение аппетита, нарушение сна. Резкое истончение подкожно-жировой клетчатки на животе, туловище и конечностях. Кожная складка в области пупка 0,4–0,5 см, отставание в массе на 20%, в длине тела на 2–4 см. Масса тела при рождении 3500 г, длина 50 см. Масса 3000, длина 49 см. Поставлен диагноз гипотрофия 2 степени. Какие вакцинации и в какие сроки наиболее вероятны для данного ребенка?

Задача № 3

- Ребенку 1 год. Родился доношенным с весом 3550гр, длина 49см. На раннем искусственном вскармливании. В настоящее время у ребенка диагностирован дефицит веса - 27%. Поставлен диагноз гипотрофия 3 степени. Какие вакцинации и в какие сроки наиболее вероятны для данного ребенка?

Список литературы

- 1. Клинический протокол диагностики и лечения белково-энергетической недостаточности у детей Республики Казахстан от «6» ноября 2015 года.
- 2. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 624 с.