

Гипотрофия

С рождения ребенок начинает значительно набирать в массе тела, растут все его органы, в том числе и кости скелета. Если младенца неправильно кормить и ухаживать за ним – сразу начнут появляться первые признаки нарушенного питания в виде нарушения в работе различных органов и систем. Чаще всего гипотрофия развивается из-за недостатка в питании белков и калорий. При первоначальном отставании в массе тела начинаются нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, что ведет за собой нарушение всасывания питательных веществ. Как правило, дети также страдают от недостатка витаминов и микроэлементов в питании.

ПРИЧИНЫ

Причинами, ведущими к возникновению гипотрофии, служат как внутренние факторы, так и внешние. Принято различать первичную патологию, при которой существует недостаток питания, и вторичную – когда на фоне различных болезней, или других вредных факторов, питательные вещества из принимаемой пищи просто не усваиваются организмом. К внутренним факторам относят заболевания различных внутренних органов, участвующих в пищеварении, то есть питательные вещества, под влиянием каких-либо причин, не могут усваиваться организмом. Здесь, к примеру, уместно сказать, что нарушение может быть как на уровне желудочно-кишечного тракта, так и на тканевом и клеточном уровне. При этом возникают различные нарушения обмена в самой клетке. Клеточные запасы энергии постепенно уменьшаются. В случае их полного истощения начинается естественный процесс отмирания клеток.

Внутренние причины гипотрофии

Непосредственными внутренними причинами гипотрофий являются:

Энцефалопатии, возникающие у плода еще в период беременности. Здесь идет речь о том, что в период внутриутробного развития у плода нарушается нормальная деятельность центральной нервной системы, с вторичным нарушением работы всех внутренних органов и систем.

Недоразвитие легочной ткани. Недостаточное обогащение кислородом крови приводит к нарушению обмена веществ в организме, и замедляет развитие органов и систем.

Врожденная патология желудочно-кишечного тракта – когда постоянно присутствуют такие явления, как запоры или рвота (при болезни Гиршпрунга, долихосигме, нарушенном расположении поджелудочной железы).

Частые операции на брюшной полости, которые приводят к синдрому “короткой кишки”. Нарушается естественный физиологический процесс переваривания пищи.

Наследственные заболевания иммунной системы, приводящие к снижению защитных сил организма, неспособности бороться с инфекцией.

Некоторые эндокринные болезни. Гипотиреоз – заболевание щитовидной железы, при котором замедляются рост и обменные процессы в организме. Гипофизарный нанизм – болезнь центрального органа эндокринной системы, в результате которой не вырабатывается достаточное количество гормона роста.

Заболевания обмена веществ, которые передаются по наследству. К примеру, галактоземия (непереносимость молока и молочных продуктов питания), фруктоземия – аналогичное заболевание, при котором организм ребенка не усваивает фруктозу, содержащуюся в овощах и фруктах. К более редким наследственным патологиям, относящимся к нарушению обмена веществ, относят: лейциноз, болезнь Ниманна–Пика, Тея – Сакса и другие.

Неблагоприятные внешние факторы, ведущие к возникновению и развитию гипотрофий, встречаются реже. Тем не менее, не стоит их недооценивать. Постоянное воздействие внешних факторов, отрицательно влияющих на рост и развитие детей на протяжении длительного периода, отражаются не только в недостатке веса или роста, но может привести к довольно печальным последствиям со стороны общего состояния и здоровья ребенка в будущем.

Внешние причины гипотрофии

К внешним причинам, влияющим на развитие гипотрофий, относят:

1. Пищевые факторы.

Сюда включают несколько категорий причин:

Во-первых, количественный недокорм малыша возникает вследствие недоразвития женской груди (плоский сосок, втянутый сосок) или нехватки женского молока. Со стороны ребенка причиной могут быть: недоразвитая нижняя челюсть, постоянные рвоты, короткая уздечка у нижнего края языка.

Во-вторых, недостаточное вскармливание качественным грудным молоком матери, или неправильное использование питательной смеси, позднее введение докорма или прикорма ребенку,

недостаточное поступление всех необходимых и полезных ингредиентов в пищевом рационе малыша – также приводит к хроническому недоеданию и развитию гипотрофии.

2. Инфекционные болезни. Бактериальная или вирусная инфекция может появиться на любом из этапов жизни беременной женщины или ребенка. Хроническое течение таких заболеваний, как пиелонефрит, инфекции мочевых путей, кишечные инфекции, могут значительно замедлять полноценное развитие ребенка. При этих заболеваниях снижается иммунитет, а также происходит значительное истощение организма и снижение веса. В среднем организм тратит на 10% больше энергии при легких инфекционных заболеваниях. А в случае среднетяжелых инфекционно-воспалительных процессов энергетические затраты значительно возрастают, и могут достигать около 50% от общих энергетических затрат всего организма.

3. Поражения кишечника, а именно его слизистой оболочки, ведут к нарушению всасывания питательных веществ и развитию гипотрофии.

4. Токсические факторы. Длительное воздействие ядовитых токсических веществ, вредных отходов продуктов химического производства, отравления витаминами А или Д, лекарственными средствами – все это оказывает крайне неблагоприятное воздействие на организм детей, в особенности младенцев. Клинические признаки и симптомы гипотрофий по степеням Клиническая картина гипотрофии во многом связана с недостаточным потреблением пищевых продуктов. Кроме того, важное место в симптомах болезни занимают нарушения нормального функционирования органов и систем. Все клинические признаки и симптомы принято разделять на синдромы. Синдромом называют совокупность симптомов при поражении какого-либо органа или системы.

При гипотрофии выделяют несколько основных синдромов: 1. Первым из них является синдром, при котором нарушается трофическая функция органов и тканей. Здесь идет речь о том, что замедляются обменные процессы в органах и тканях организма, падает масса тела, подкожно-жировой слой становится намного тоньше, кожа становится вялой и дряблой.

2. Другим немаловажным синдромом является синдром, при котором происходит нарушение пищеварительных функций. Страдает весь пищеварительный тракт. В желудке вырабатывается меньше соляной кислоты и пепсина, в кишечнике не хватает ферментов для переработки пищевого комка. Основными симптомами синдрома пищеварительных нарушений являются:

расстройство стула, которое может проявляться как в виде запоров, так и поносов;

вздутие живота (метеоризм); •стул становится неоформленным, блестит;

при более детальном исследовании стула, в нем обнаруживаются непереваренные остатки пищи.

3. Синдром нарушения функций центральной нервной системы. Очевидно, что недостаток питания у ребенка отражается на его центральной нервной системе. Такие дети часто беспокойны, у них появляются отрицательные эмоции, кричат, нарушен сон. Также на протяжении длительного времени можно заметить явное отставание в развитии ребенка (физическое и умственное). Снижен мышечный тонус, дети вялые, апатичные.

4. Следующим важным синдромом, требующим особого внимания, является синдром, при котором нарушается кроветворение и защитные функции иммунной системы. Снижение количества красных кровяных клеток (эритроциты с гемоглобином) проявляется в виде анемии.

Снижение устойчивости по отношению к различным инфекциям приводит к тому, что такие дети часто болеют хроническими воспалительно-инфекционными заболеваниями, причем все симптомы выражаются слабо и нетипично. В каждом отдельном случае может быть выражен больше один из вышеперечисленных синдромов. Проявления гипотрофии зависят также от преобладания недостатка какого-либо компонента пищи. Например, при белковом голодании превалируют симптомы нарушения кроветворения и снижения защитных сил организма. Выделяют три степени гипотрофии. Данное разделение необходимо для удобства оценки общего состояния ребенка и для планирования объема проводимого лечения. Но в действительности степени гипотрофии – это стадии одного и того же процесса, следующие одна за другой.

ВИДЫ ГИПОТРОФИИ

Гипотрофия первой степени

Первоначально недостаток питательных элементов организм пытается компенсировать накопленным подкожно-жировым слоем. Жиры из депо мигрируют в кровь, проходят через печень и превращаются в энергию для поддержания нормальной физиологической активности органов и систем. Первоначально жировые запасы исчезают в области живота, затем в других местах. Оценка степени истощения подкожно-жирового слоя производится разными методиками. Наиболее практичным, и вместе с тем информативным методом, считается индекс Чулицкой. В основе данного метода лежит измерение окружности плеча в двух разных местах, затем бедра и голени, а от

получившейся суммы отнимают рост ребенка. Норма для ребенка до года равна 20-25 см. Другой способ представляет собой измерение кожной складки в четырех разных местах: на животе слева от пупка, на плече, в области лопаток, и наконец, на бедре с внешней стороны. При нормальном росте и развитии ребенка кожная складка равна приблизительно 2-2.5 см. При первой степени гипотрофии индекс Чулицкой равен 10-15 сантиметрам, а кожная складка незначительно уменьшается.

Симптомы гипотрофии первой степени:

Жировые складки дряблые, тонус мышц снижен, теряется эластичность и упругость кожи.

Рост ребенка первоначально соответствует возрастным нормам.

Масса тела снижена приблизительно от 11% до 20% от первоначальной.

Общее самочувствие нормальное. Отмечается быстрое утомление.

Нарушений со стороны центральной нервной системы нет. Сон тревожный, прерывистый.

Ребенок немного раздражителен, может срыгивать съеденную пищу.

Гипотрофия второй степени

Изменения те же что, при первой степени, но отличие состоит в том, что они немного углубляются, а также появляются другие характерные симптомы:

Признаки гипотрофии второй степени:

Подкожный жировой слой сильно истончается на ногах, руках, и может отсутствовать на животе или груди.

Индекс Чулицкой снижается, и варьирует в пределах от одного до десяти сантиметров.

Кожные покровы бледные, сухие.

Кожа дряблая, легко сдвигается в складки.

Волосы и ногти становятся ломкими.

Снижается мышечная масса на конечностях, масса тела убывает приблизительно на двадцать – тридцать процентов, также отмечается отставание в росте.

Нарушается терморегуляция, такие дети быстро замерзают, или также быстро перегреваются.

Высок риск обострения хронических инфекций (пиелонефрит, отит, пневмония).

Нарушение устойчивости по отношению к принимаемой пище.

В связи с трофическими нарушениями ворсинок и слизистой оболочки кишечника нарушается пищеварение, в частности всасывание питательных веществ. Появляется дисбактериоз, то есть преобладает патогенная бактериальная флора. У детей появляются: усиленное газообразование, вздутие и дискомфорт в области живота. Нередки запоры или поносы, часто сменяющиеся друг за другом.

Снижается мышечный тонус. Из-за значительно сниженного тонуса мышц живот выпячивается наружу, и создается впечатление лягушачьего живота.

Недостаток витамина Д и кальция в организме приводит к дополнительному развитию слабости мышц, развитию симптомов остеопороза (вымывание кальция из костей). При этом кости черепа становятся мягкими, большой и малый роднички остаются открытыми довольно длительное время.

Со стороны центральной нервной системы также выявляется ряд патологических нарушений, сходных с таковыми при первой степени гипотрофии. Дети беспокойны, не могут уснуть, часто капризничают. Затем характерные симптомы перевозбуждения центральной нервной системы постепенно сменяются вялостью и апатией к окружающему миру.

Гипотрофия третьей степени

Отражает всю полноту клинической картины заболевания. При данной степени максимально выражены нарушения работы всех органов и систем. Первичная причина заболевания обуславливает наиболее тяжелое состояние ребенка, малоэффективность предпринимаемых мер по выведению ребёнка из данного состояния, и его дальнейшее выздоровление. Третья степень гипотрофии характеризуется сильным истощением организма, снижением всех видов обмена веществ.

Характерные признаки и симптомы гипотрофии третьей степени:

По внешнему виду можно сразу определить, что существует хронический недостаток питания. Подкожно-жировой слой отсутствует практически во всех местах, включая лицо. Кожные покровы сухие, бледные и настолько истончены, что ребенок выглядит, будто мумия.

При попытке образовать пальцами кожную складку практически отсутствует сопротивление здоровой кожи. Эластичность кожи настолько снижена, что складка не расправляется в течение длительного времени после отпускания пальцев. По всему телу образуются глубокие морщины.

Мышечная масса и масса тела в целом настолько малы, что индекс упитанности по Чулицкой не определяется, либо отрицательный. Общее снижение массы тела составляет 30% и более от нормальных показателей.

На лице видно западение щек, скулы выпячиваются вперед, выражено заострение подбородка.

Четко выражены проявления нехватки жизненно важных микроэлементов и витаминов.

Нехватка железа сказывается на появлении трещин в углах рта (заеды), а также анемии.

Недостаток витаминов А и С проявляется в виде появления на слизистых оболочках: кровоточивости и атрофии (отмирание, уменьшение в размерах) десен, стоматита в виде мелких белесоватых высыпаний.

Живот сильно растянут за счет слабости мышц, поддерживающих его.

Температура тела часто скачет вверх вниз за счет того, что не работает центр терморегуляции в головном мозге.

Резко снижен иммунитет. Можно обнаружить признаки вялотекущих хронических инфекций. Воспаление среднего уха – отит, воспаление почек – пиелонефрит, воспаление легких – пневмония.

У ребенка рост отстает от среднестатистических показателей.

Варианты течения гипотрофии

Отставание в росте и развитии ребенка может присутствовать на каждом этапе его развития, начиная преимущественно со второй половины беременности, и заканчивая периодом младшего школьного возраста. При этом проявления заболевания характеризуются своими особенностями. В зависимости от периода развития гипотрофических проявлений, различают четыре варианта течения гипотрофии:

внутриутробная гипотрофия;

гипостатура;

квашиоркор;

алиментарный маразм.

Внутриутробная гипотрофия

Внутриутробная гипотрофия берет свое начало еще во внутриутробном периоде. Некоторые авторы называют данную патологию внутриутробной задержкой развития плода. Существует несколько вариантов развития внутриутробной гипотрофии:

1. Гипотрофический – когда нарушается питание всех органов и систем, плод развивается очень медленно, и не соответствует сроку беременности.

2. Гипопластический – этот вариант развития означает, что наряду с недостаточным общим развитием организма плода, существует и некоторое отставание в созревании и развитии всех органов. Здесь идет речь о том, что органы и ткани при рождении недостаточно сформированы, и не полностью выполняют свои функции.

3. Диспластический вариант течения гипотрофии характеризуется неравномерным развитием отдельных органов. Одни, например сердце, печень – развиваются нормально, соответствуя сроку беременности, а другие – наоборот, отстают в своем развитии, или развиваются несимметрично.

Гипостатура

При этом варианте развития гипотрофии существует равномерное отставание как в росте ребенка, так и в его массе тела. Единственное отличие от истинной гипотрофии заключается в том, что кожные покровы и подкожно-жировой слой не подвергаются сильным изменениям. Гипостатура, как один из вариантов течения гипотрофии, возникает вторично при хронических заболеваниях некоторых внутренних органов. Развитие гипостатуры обычно связано с переходными периодами роста и развития ребенка. Один из таких периодов приходится на первое полугодие жизни ребенка. При этом к материнскому молоку начинают понемногу добавлять продукты питания, молочные смеси – другими словами, докармливать ребенка. Появление данной патологии на втором году жизни связано, прежде всего, с врожденными хроническими заболеваниями. Вот часто встречающиеся из них:

Врожденные пороки сердечнососудистой системы. Нарушение кровообращения ведет к недостаточному притоку кислорода и питательных веществ к органам и тканям.

Энцефалопатии в сочетании с эндокринными расстройствами также крайне неблагоприятно влияют на обмен веществ в организме, задерживая развитие и рост.

Бронхолегочная дисплазия – это нарушенное развитие легочной ткани еще в период внутриутробного развития плода. При этом возникают серьезные осложнения, связанные с дыханием и доставкой кислорода в кровь.

Как уже было сказано выше, дети с гипостатурой преимущественно отстают в росте. Было доказано, что устранение причины, вызвавшей данную патологию, постепенно приводит к нормализации роста таких детей.

Квашиоркор. Термином квашиоркор принято называть такой вариант течения гипотрофии, который встречается в странах с тропическим климатом, и где в питании преобладает растительная

пища. Кроме того существуют специфические нарушения, при которых организм недополучает, не синтезирует или вовсе не усваивает белковую пищу. К нарушениям, способствующим развитию квашиоркора, относятся:

Длительное нарушение пищеварения, проявляющееся постоянным неустойчивым стулом – другими словами, у ребенка хроническая диарея.

При заболеваниях печени нарушается ее белковообразовательная функция.

Заболевания почек, сопровождающиеся повышенной потерей белка вместе с мочой.

Ожоги, чрезмерные кровопотери, инфекционные заболевания.

Недостаточное потребление белковых продуктов (мясо, яйца, молочные) приводит к своеобразному течению данной патологии, выражающемуся в четырех основных и постоянных симптомах:

1. Нервно-психические расстройства – ребенок апатичен, вял, у него наблюдается повышенная сонливость, отсутствие аппетита. При обследовании таких детей часто можно выявить отставание в психомоторном развитии (поздно начинает держать головку, сидеть, ходить, речь формируется с большим опозданием).

2. Отеки обусловлены недостатком белковых молекул в крови (альбуминов, глобулинов и др.). Альбумины поддерживают онкотическое давление в крови, привязывая к себе молекулы воды. Как только возникает белковая недостаточность, вода сразу покидает сосудистое русло и проникает в межтканевое пространство – образуется местная отечность тканей. В начальных стадиях болезни отекают преимущественно внутренние органы, но этот факт ускользает от внимания родителей. В развернутых (манифестных) стадиях болезни отекают периферические ткани. Отеки появляются на лице, стопах, конечностях. Создается ошибочное представление, что ребенок здоров и упитан.

3. Снижение мышечной массы. Мышечная масса, а вместе с ней сила, значительно уменьшаются. Белковое голодание приводит к тому, что организм заимствует собственные белки из мышц. Происходит так называемая атрофия мышечных волокон. Мышцы становятся дряблыми, вялыми. Вместе с мышцами нарушается питание подлежащих тканей и подкожно-жировой клетчатки.

4. Опоздание в физическом развитии детей. Сопровождается недостаточностью ростового показателя, в то время как масса тела снижена намного меньше. Дети при квашиоркоре низкого роста, приземисты, двигательная активность находится ниже нормы. Кроме постоянных симптомов, у детей, страдающих квашиоркором, присутствуют другие признаки заболевания, встречающиеся с различной частотой. Частыми симптомами считаются:

1. Изменение цвета, смягчение истончение и, в конце концов, выпадение волос на голове. Волосы становятся светлее, а в более поздних проявлениях болезни, или у детей старшего возраста, обнаруживаются обесцвеченные, или вовсе седые пряди волос.

2. Дерматит – воспаление поверхностных слоев кожных покровов. На коже проявляются покраснение, зуд, трещины. В последующем кожа на пораженных участках отшелушивается, и на этом месте остаются следы в виде светлых пятен. К редким симптомам относят:

1. Дерматоз – красно-коричневые пятна округлой формы.

2. Гепатомегалия – патологическое увеличение печени. Печеночная ткань замещается жировой и соединительной тканью. Печень не способна образовывать ферменты и другие активные вещества, необходимые для нормальной функции всего организма.

3. Нарушения функции почек. Снижается фильтрационная способность. В крови накапливаются вредные продукты обмена веществ.

4. Нарушения стула носит постоянный характер. У ребенка присутствует постоянный понос. Каловые массы блестят и неприятно пахнут.

Подытоживая изложенный материал, с уверенностью можно сказать, что квашиоркор – это заболевание, исключительно редко встречающееся в странах с умеренным климатом. Страны, расположенные в данной географической широте, имеют развитый социальный статус и уровень жизни, поэтому практически исключается возможность недоедания и дефицита в питании белков и калорий.

Алиментарный маразм

Алиментарный маразм (истощение) встречается у детей младшего и старшего школьного возраста. При маразме присутствует недостаток как белков, так и калорий. Чтобы установить причину и поставить точный диагноз, выясняют:

какова была масса тела ребенка еще до того, как появились первые признаки гипотрофии.

социально-экономическое положение, в котором находится семья ребенка.

суточный рацион.

есть ли рвота или хроническая диарея, и насколько часто возникает.

принимает ли данный ребенок какие-либо лекарственные средства. Например, анорексигенные, которые подавляют аппетит, или мочегонные средства, выводящие из организма много полезных питательных веществ, в том числе белок.

есть ли нарушения со стороны центральной нервной системы: стрессовые ситуации, алкогольная или наркотическая зависимость.

В подростковом возрасте, в частности у девочек, начиная с 12 лет, выясняют наличие и оценивают регулярность, периодичность и длительность менструального цикла. Все вышеперечисленные факторы прямым или косвенным путем отражаются на состоянии организма, влияют на все органы и системы, угнетая их функциональную работоспособность. Тем самым предрасполагают к развитию алиментарного маразма. Среди всех симптомов, появляющихся при алиментарном маразме, выделяют постоянные и редкие симптомы.

К постоянным симптомам относят:

потеря массы тела достигает до 60% от нормальной, соответствующей возрасту;

уменьшение толщины подкожно-жирового слоя;

уменьшение массы мышечных волокон;

конечности больного становятся очень тонкими;

на лице появляются множество морщин, кожа обтягивает все лицевые кости и, кажется, будто это лицо старика. Редкими симптомами считаются:

Диарея, носит хронический характер. Стул жидкий, блесит, с неприятным запахом.

Истончение и просветление волос, которые со временем начинают выпадать.

Обострение хронических инфекций – очень частый спутник ослабленного недоеданием организма.

Молочница – грибковое заболевание, при котором поражаются слизистые оболочки полости рта, влагалища и мочеиспускательного канала. Проявляются выделениями белесоватого цвета, зудом и дискомфортом в указанных местах. •Симптомы поливитаминовой недостаточности, в зависимости от нехватки определенных витаминов и минералов. При объективном обследовании у таких детей обнаруживается множество патологических изменений среди всех органов и систем:

Глазные изменения проявляются воспалением век, образованием новых мелких сосудов на роговой оболочке. Во внутренних углах глаз появляются бляшки сероватого цвета (недостаток витамина А).

В ротовой полости наблюдаются воспалительные изменения слизистой оболочки и десен. Язык увеличивается в размерах (из-за нехватки витамина В12).

Сердце увеличивается в размерах. Недостаточная сила сердечных толчков приводит к застоям крови в венах, появляется отечность нижних конечностей.

Слабость мышц передней брюшной стенки обуславливает отвислый, выступающий живот. Печень выступает за нижний край правого подреберья.

Явные неврологические нарушения проявляются в нервозности, повышенной раздражительности, мышечной слабости, в снижении сухожильных рефлексов. Функциональные изменения отражают степень патологических нарушений, связанных с белково-калорийной недостаточностью:

Ухудшается память, снижаются умственно-познавательные способности, в том числе работоспособность. Падает острота зрения. Недостаток витамина А обуславливает снижение зрения в сумеречное время. Острота вкусовых ощущений также снижена.

Недостаток витамина С приводит к повышенной ломкости капилляров. На коже можно заметить мелкоточечные кровоизлияния после легкого щипка. Нехватка незаменимых жирных кислот. Если присутствует дефицит незаменимых жирных кислот (линолевая и линоленовая кислоты), незамедлительно появляются специфические симптомы, характерные при недостаточном их потреблении. Линоленовая и линолевые кислоты в большом количестве содержатся в растительных маслах (оливковое, подсолнечное, соевое). В большинстве случаев данный вариант гипотрофии появляется у детей грудного возраста, которым недостает в питании материнского молока. Коровье молоко и другие молочные смеси не содержат незаменимые жирные кислоты в количестве, необходимом для энергетических и пластических затрат молодого организма. В зависимости от недостаточности той или иной жирной кислоты, симптомы заболевания будут немного отличаться друг от друга. При недостатке линолевой кислоты появляются следующие симптомы:

Сухость кожных покровов с отшелушиванием поверхностного рогового слоя.

Алопеция (облысение).

Заживление ран продолжается длительный период.

Тромбоцитопения – пониженное количество тромбоцитов (клетки крови, отвечающие за ее свертываемость) в крови. Недостаток тромбоцитов приводит к повышенной ломкости мелких сосудов, при случайных мелких бытовых повреждениях кожных покровов кровотечение удлинится. Незначительные щипки вызывают появление множества мелкоточечных кровоизлияний.

Длительный неустойчивый стул (диарея).

Периодические обострения инфекционных заболеваний (к примеру, кожи или легких).

Недостаток линоленовой кислоты приводит к:

онемению и парестезии (чувство покалывания) нижних и верхних конечностей;

общей мышечной слабости;

нарушению четкости зрения.

В целом, тяжесть патологических изменений и отставание массы тела от роста зависят от множества причин, в том числе от длительности белкового и калорийного голодания юношей и девушек. Поэтому своевременное выяснение причин приводящих к развитию алиментарного маразма может предотвратить все патологические последствия.

Диагностика гипотрофии

Сюда включают следующие нарушения:

нарушения упитанности – проявляются в виде истончения подкожно-жирового слоя и трофических изменений;

нарушения пищеварительной функции – включают изменение устойчивости к пище;

нарушения обмена веществ: белкового, жирового, углеводного, минерального, витаминного;

функциональные нарушения со стороны центральной нервной системы.

Важным, и основным критерием для диагностирования данной патологии, является размер подкожного жирового слоя. Чем тоньше этот слой, тем более выражено нарушение общего состояния организма. Вторым моментом, который не должен ускользать от внимания врачей, является дифференцировка патологических изменений, происходящих при гипотрофии, с другими похожими заболеваниями, со снижением роста, массы тела, и общего физического развития детей. Симптомы детей с гипостатурой очень схожи с таким заболеванием, как нанизм. Это патология центральных эндокринных органов (гипоталамуса и гипофиза), при которой не вырабатывается гормон роста – соматотропин. При данном заболевании, в отличие от гипостатуры, нет патологических изменений в виде истончения подкожного жирового слоя и других трофических нарушений. Все органы развиваются равномерно, хотя и уменьшены в размере. Оценка состояния ребенка и определение степени патологических изменений определяется также по характеру каловых масс. Первоначально при гипотрофии стул скудный, без цвета, с характерным зловонным запахом. В дальнейшем нарушения функциональной способности перерабатывать пищу желудочно-кишечным трактом приводят к тому, что стул становится обильным, блесит, в нем присутствуют остатки непереваренной пищи, мышечных волокон. Инфицирование патогенными бактериями слизистой оболочки кишечника влечет за собой явления дисбактериоза (диарея, вздутие и дискомфорт в области живота). Вследствие недостаточного поступления белка, организм использует внутренние резервы (из мышц, жировой ткани), продукты обмена которых в виде аммиака выводятся почками. Моча таких больных имеет запах аммиака.

Лабораторные исследования

Ввиду того, что при гипотрофии присутствует многообразие патологических изменений, лабораторные анализы будут вариабельны, в зависимости от преимущественного поражения того или иного органа. К примеру, при анемии будет снижение числа эритроцитов и гемоглобина в кровяном русле. В биохимических анализах можно обнаружить признаки нарушения работы печени, недостаток витаминов и микроэлементов.

ЛЕЧЕНИЕ

Чтобы лечить гипотрофию, недостаточно принимать лекарственные средства в виде витаминных препаратов, или начинать усиленное кормление. Терапия такого заболевания должна включать целый комплекс мероприятий, направленных на устранение причины возникновения гипотрофии, поддержание оптимального сбалансированного питания по возрасту, а также выполнению лечебных мероприятий для устранения осложнений, связанных с нарушенным питанием. Комплексная терапия включает:

Определение причины, вызвавшей гипотрофию, одновременно с попыткой её регуляции и устранения.

Диетотерапию, которая подбирается индивидуально в каждом определенном случае, а также зависит от степени патологических нарушений в организме.

Обнаружение хронических очагов инфекции, способствующих развитию гипотрофии, а также активное их лечение. •Симптоматическое лечение, которое включает применение поливитаминовых и ферментных препаратов. •Соответствующий режим с правильным уходом и воспитательными мероприятиями.

Периодические курсы массажа и лечебной гимнастики.

Диетотерапия

Диетотерапия является основополагающим методом лечения при гипотрофии. Назначение соответствующих продуктов питания зависит от множества факторов, в частности от степени истощения организма. Но самым главным в подходе к диетотерапии является степень поражения желудочно-кишечного тракта или центральной нервной системы. Не во всех случаях бывает так, что при большом уменьшении подкожного жирового слоя больной чувствовал себя плохо. При назначении диетотерапии следуют нескольким основным принципам (этапам):

1. Первоначально проверяется устойчивость пищеварительной системы к потребляемым продуктам питания. То есть насколько сильно поражен желудочно-кишечный тракт, и может ли пища полноценно перерабатываться и усваиваться организмом. Период выяснения устойчивости к пищевым продуктам по продолжительности занимает от нескольких дней при первой степени гипотрофии, до полутора – двух недель при третьей степени. Данный процесс предусматривает наблюдение врача за тем, как усваивается принимаемая пища, и нет ли появления осложнений в виде диареи, вздутия живота или других симптомов желудочно-кишечного расстройства. С первого дня лечения суточный объем пищи не должен превышать обычного по возрасту:

2/3 для гипотрофиков первой степени.

1/2 для гипотрофиков второй степени.

1/3 для гипотрофиков третьей степени.

2. Второй этап знаменуется тем, что больному находится в переходном этапе. Другими словами, назначенное комплексное лечение вместе с соответствующей диетой оказывают благоприятное влияние на восстановление здоровья ребенка. В этом периоде происходит постепенная компенсация недостающих микроэлементов, витаминов и других питательных веществ. Происходит уменьшение количества приемов пищи, зато увеличивается калорийность и количественный объем. С каждым днем добавляют к каждому приему пищи небольшое количество смеси, до полного восстановления полноценного объема питания, в соответствии с возрастом.

3. Третьим периодом в диетотерапии является этап усиленного приема пищи. Только после полного восстановления функциональной активности желудочно-кишечного тракта, больному можно увеличивать нагрузку пищей. В третьем периоде продолжают усиленное кормление, однако, с ограничением потребления белка, поскольку повышенное потребление белковых продуктов не усваивается полностью организмом. На протяжении каждого этапа диетотерапии периодически проверяется стул на содержание остаточных пищевых волокон и жира (копрограмма). Другими, не менее важными условиями при назначении диеты, являются:

1. Сокращение периодов между кормлениями. А сама частота кормлений увеличивается на несколько раз в день, и составляет:

при гипотрофии первой степени – семь раз в день;

при второй степени – восемь раз в день;

при третьей степени – десять раз в день.

2. Применение легкоусвояемой пищи. Лучше всего подходит молоко матери, а при отсутствии его используют молочные смеси. Выбор молочной смеси производится с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка, а также при нехватке того или иного питательного ингредиента в суточном режиме больного.

3. Ведение адекватного периодического контроля питания. С этой целью заводят специальные дневники, где отмечают количество съеденной пищи. Систематический контроль одновременно производится за стулом, диурезом (количество и частота мочеиспусканий). Если внутривенно вводятся питательные смеси, то их количество также записывается в дневнике.

4. Несколько раз в неделю берут анализ кала на присутствие непереваренных пищевых волокон и жировых включений.

5. Каждую неделю взвешивают ребенка, и производят дополнительные расчеты для вычисления необходимого количества питательных элементов (белков, жиров и углеводов). Критериями эффективности проводимой диетотерапии считаются:

нормализация состояния и упругости кожных покровов;
улучшение аппетита и эмоционального состояния ребенка;

каждодневные прибавки массы тела, в среднем на 25-30 грамм. В самых тяжелых случаях, при гипотрофии 3 степени, ребенок не может самостоятельно принимать пищу. К тому же его желудочно-кишечный тракт значительно поврежден, и не может перерабатывать пищу. В таких случаях детей, больных гипотрофией, переводят на парентеральное питание (внутривенно-капельно вводят питательные растворы). Также парентерально применяют различные составы минералов и электролитов (дисоль, трисоль), которые восполняют недостающий объем жидкости в организме, и регулируют обмен веществ. Уход за больными гипотрофией Комплексный подход в лечении гипотрофии предусматривает соблюдение надлежащего ухода за такими детьми. На дому можно лечить детей с первой степенью истощения, но при условии, что нет других сопутствующих заболеваний, и риск развития осложнений минимален.

Стационарное лечение гипотрофии 2-3 степени проводится в стационаре в обязательном порядке, вместе с мамами малышей.

Периодическое проведение гимнастических упражнений и курсы массажа помогут восстановить сниженный тонус мускулатуры, и окажут благоприятное воздействие на общее состояние организма. Коррекция нарушенного баланса кишечной микрофлоры осуществляется с применением лакто- и бифидобактерий. Эти лекарственные средства выпускаются в виде капсул, которые применяются несколько раз в день. К данным препаратам относятся: бифидумбактерин субтил, йогурт.

Ферментотерапия

Ферментотерапия используется при сниженной функциональной способности желудочно-кишечного тракта. Принимаемые препараты замещают недостаток желудочного сока; амилазы, липазы поджелудочной железы; в эту группу лекарственных препаратов входят фестал, креон, панзинорм, разведенный желудочный сок.

Витаминотерапия

Является обязательной частью лечения гипотрофии. Прием начинают с парентерального введения (внутривенно, внутримышечно) витаминов С, В1, В6. При улучшении общего состояния переходят на энтеральный (через рот) прием витаминов. В последующем применяют поливитаминные комплексы, курсами. Стимулирующая терапия Предназначена для улучшения обменных процессов в организме. В тяжелых случаях назначают иммуноглобулин, который предохраняет организм от возрастающего вредного воздействия патогенных микроорганизмов, повышает защитные силы и не дает развиваться хронической инфекции. Препараты дибазол, пентоксифилин, женьшень – улучшают периферическое кровообращение, доступ кислорода и питательных веществ к внутренним органам и тканям. Активизируют работу центральной нервной системы.

Симптоматическое лечение

У каждого гипотрофика присутствуют какие-либо осложнения. Поэтому, в зависимости от патологического состояния, назначают лекарственные средства, поддерживающие их работоспособность и функциональную активность:

При анемии назначают препараты железа (сорбифер, тотема). Если у ребенка очень низкий показатель гемоглобина (ниже 70г/л), ему назначают переливание эритроцитарной массы.

При рахите назначают прием витамина Д, а также профилактические курсы физиотерапии. С этой целью используют облучение ультрафиолетовыми лучами при помощи специальной кварцевой лампы.

Источник: <https://www.med-core.com/med-period-grudnogo-vozrasta-do-1-goda-gipotrofiya/>