**Лекция№16**

**Нарушение питания у новорождённых детей. Лечение. Сестринский уход. Профилактика**

**Дистрофии –** ,развиваются преимущественно у детей раннего возраста и бывают трёх типов- гипотрофия ( белково-энергетическая недостаточность-недостаточное питание), паратрофия – (избыточная масса тела по сравнению с нормативными данными на 10% и больше) и гипостатура- (равномерное отставание в росте и массе тела у детей первого года жизни по сравнению со средними нормативными показателями).

**Белково-эергетическая недостаточность –БЭН (Гипотрофия)**

БЭН-(Гипотрофия) – это хроническое расстройство питания у детей раннего возраста, протекающее с дефицитом массы тела.

Основная причина развития гипотрофии – недостаточное или неправильное питание. Гипотрофия может развиться при дефектах ухода, аномалиях развития, инфекционных заболеваниях.

**Классификация**

Выделяют гипотрофию врожденного, приобретенного и смешанного (англ. генезов.

Диагноз врожденной гипотрофии, которую также называют ЗВУР – задержка внутриутробного развития, ставится сразу после рождения ребенка. Для этого проводится расчет массо-ростового коэффициента (МРК):

МРК= Масса тела новорожденного (г0

Длина тела новорожденного (см)

В норме = 60-80

При диагностике внутриутробной гипотрофии указывается ее степень, которая зависит от меры уменьшения показателя МРК от нормативных параметров:

I степень —МРК = 59-56;

I I степень - МРК = 55-50;

III степень — МРК = 49 и меньше.

**Внутриутробная задержка развития плода и новоржденного (ЗВУР)** - патологическое состояние, при котором плод и новорожденный не достигает антропометрической или предполагаемой массы тела к конкретному гестационному возрасту. Характеризуется высоким уровнем заболеваемости и смертности.

**5. Классификация:**

1. По времени возникновения:

• ранняя форма;

• поздняя форма.

2. По типу развития:

• симметричная форма: пропорциональное уменьшение всех размеров плода;

• асимметричная форма: уменьшается только окружность живота плода, размер головки и размер трубчатых костей в норме (встречается чаще).

**6. Факторы риска:**

1) **Материнские факторы:**

• многоплодная беременность;

• переношенная беременность;

• инфекции во время беременности у матери (сифилис, герпес, краснуха, токсоплазмоз, гепатит);

• сердечно-сосудистые осложнения (высокое кровяное давление, некоторые сердечные заболевания);

• преэклампсия или эклампсия;

• эндокринные заболевания;

• врожденные тромбофилии;

• любая хроническая или длительная болезнь у матери: серповидно-клеточная анемия, системные заболевания, заболевания легких с развитием дыхательной недостаточности, заболевания почек и т.д.

2) **Плацентарные факторы:**

• дефекты, связанные с плацентой и пуповиной, которые ограничивают кровоснабжение плода (одна артерия в пуповине, обвитие пуповины вокруг части тела плода; также, истинный узел пуповины, оболочечное прикрепление пуповины);

• недостаточная масса и поверхность плаценты (менее 8% массы тела новорожденного);

• аномалии прикрепления плаценты (низкое расположение плаценты, предлежание плаценты);

**Внешние факторы:**

• медикаменты (варфарин и фенитоин);

• вредные привычки (курение, алкоголь, наркотические вещества);

• проживание выше 3000 м над уровнем моря.

**Наследственные факторы:**

врожденные и хромосомные нарушения, а также врожденные аномалии развития плода: трисомия по 13 хромосоме (синдром Патау), 18 (синдром Эдвардса) или 21 (синдром Дауна), 22 аутосомные пары, синдром Шерешевского-Тернера (45 ХО), триплодия (тройной набор хромосом), дополнительная X или  недели беременности. ***(***

**Клиника ЗВУР**

Диагноз ЗВУР может устанавливаться у детей любого гестационного возраста. В анамнезе у детей со ЗВУР необходимо выявить причинные факторы (см. выше). При осмотре таких детей отмечаются клинические признаки пониженного питания, отставание балльной оценки

морфофункциональной зрелости от гестационного возраста приблизительно на 2 недели. Обычно эти дети склонны к большой потере первоначальной массы и к более медленному ее восстановлению, однако при тяжелой степени ЗВУР транзиторная потеря первоначальной массы тела небольшая (1-3%) и даже может отсутствовать совсем. Для детей с ЗВУР характерны затяжное течение и выраженность физиологической желтухи, медленное заживление пупочной ранки, отсутствие проявлений гормонального кризиса. После периода гипервозбудимости у этих младенцев часто отмечается симптомокомплекс «энергетической недостаточности», проявляющийся снижением в крови уровня глюкозы, кальция, магния. Даже нормальное течение родов при наличии ЗВУР у плода часто оказывается травматичным для ребенка, поэтому у них часто развиваются асфиксия, родовая травма головного и спинного мозга. У детей с ЗВУР могут отмечаться явления полицитемии, гипокальциемии, гипербилирубинемии, а также гипомагниемии, гипонатриемии, гипогликемии. В раннем неонатальном периоде возможны расстройства дыхания, проявления дефицита витамина К (геморрагическая болезнь новорожденного) и присоединение инфекции.

**Приобретённая гипотрофия**

Степени тяжести гипотрофии.

1 степень

– дефицит массы тела составляет 10 - 20 % по сравнению с нормой;

2 степень – 20 - 30 %;

3 степень – более 30 %.

**Причинные факторы:**

* Алиментарный фактор –

*- количественное* голодание, ранний перевод на искусственное вскармливание, неправильное и несвоевременное введение прикормов и коррекции питания

- *качественное* голодание, неправильное соотношение белков, жиров и углеводов

* Инфекционный фактор –

- острые и хронические заболевания ребенка

* Конституциональный фактор

- врожденные аномалии жкт

- врожденные пороки сердца

- энзимопатии

- пилеростеноз

- врожденные дефекты зубо – челюстной системы (волчья пасть, заячья губа)

- заболевания эндокринной системы

- жалобы в сфере духовных переживаний

***Физикальное обследование.***

**Гипотрофия 1 степени**

* Общее состояние ребенка удовлетворительное или мало нарушено
* истончение подкожного жирового слоя, прежде всего, на животе
* снижение упругости и эластичности кожи
* дефицит массы тела на 10 – 20 % ниже нормы.

**Гипотрофия 2 степени**

* подкожный жировой слой отсутствует на животе
* истощен на конечностях
* сохраняется на лице
* тургор кожи и мышечный тонус снижены
* нарушена эластичность кожи
* масса тела уменьшается на 20-30 %
* дети отстают в росте
* ребенок плаксив и вял
* «голодный стул» (скудный, сухой с гнилостным запахом)
* Запоры сменяются жидким стулом
* иммунитет снижен
* тахикардия
* приглушение тонов сердца
* учащение дыхания
* снижение вентиляции легких
* увеличение печени
* признаки гиповитаминозов

**Гипотрофия 3 степени**

(атрофия, крайняя степень истощения) –

* состояние ребенка тяжелое
* вид ребенка - скелет как бы обтянут кожей
* подкожный жировой слой повсеместно отсутствует, даже на лице (в последнюю очередь исчезают комочки Биша – жировые комочки на щеках).
* кожа висит складками
* лицо сморщенное, напоминает лицо старика
* масса тела отстает от долженствующей на 30 % и более
* ребенок отстает в росте
* тонус мышц снижен или наблюдаете гипертония мышц «поза фехтовальщика»
* мышцы дряблые
* живот растянут и вздут
* выражены диспепсические расстройства
* стул «голодный»
* увеличение печени и селезенки
* кожа сухая, шелушится (на коже грязно – бурая пигментация)
* эластичность тургор резко снижена
* температура тела чаще понижена
* тоны сердца значительно приглушены
* ребенок заторможен
* безразличен к окружающему
* адинамичен, постепенно угасает как «догорающая свеча»
* задержка нервно – психического развития
* угасание образовавшихся условных рефлексов
* резко снижен иммунитет

**Лабораторная диагностика**.

|  |  |
| --- | --- |
| Вид исследования | Результат |
| Общий анализ крови | Снижение гемоглобина, эритроцитов (анемия) |
| Копрологическое исследование | Нарушение переваривающей способности жкт |
| Забор кала для исследования на дисбактериоз | Явления дисбактериоза |
|  |  |

**Уход при БЭН**

* Проинформировать родственников о причине заболевания, необходимости соблюдения всех принципов диеты
* Успокоить мать, внушить надежду на выздоровление
* Организовать и следить за четким соблюдением ребенком режима дня и питания
* Правильная организация температурного режима: температура воздуха в комнате 24-25 С
* Правильный подбор одежды для согревания
* Дополнительный обогрев с помощью грелки к ногам (по стандарту)
* Частое проветривание
* Тщательный уход за кожей и слизистыми оболочками
* Проведение утреннего туалета (по стандарту)
* Обеспечить ребенку двигательный режим
* Обучить родственников проведению массажа, гимнастики согласно возрастным комплексам и состоянию здоровья
* Диетотерапия по назначению врача

Помните! Больных гипотрофией не вылечивают, а выхаживают!

**ЛЕЧЕНИЕ**

Диетотерапия – основа рационального лечения.

* Проводить коррекцию белков (творогом), жиров (растительным маслом, сливками), углеводов (глюкозой, соками, фруктовым пюре). С этой же целью можно использовать жировые энтипы.
* Объем пищи увеличивать постепенно с учетом степени гипотрофии. С этой целью организуется трехфазное питание:

- фаза выяснения толерантности (переносимости) к пище (чем более снижена толерантность, тем меньший объем питания следует вначале давать);

- промежуточная фаза;

- фаза усиленного питания.

* Поить ребенка с целью восполнения недостающего объема пищи и предупреждения развития эксикоза (обезвоживания). По мере увеличения количества съедаемой пищи количество выпиваемой жидкости должно уменьшаться.
* Назначение адаптогенов: женьшень, элеутерококк, золотой корень.
* Витаминотерапия
* Ферментотерапия:

- Ферментопрепараты:

- пепсин с 2 % раствором соляной кислоты по 1 ч.л. 2-3 раза в день перед едой;

- фестал;

- креон;

- абомин; в возрастных дозировках

- мезим

- ликриаза

- Пробиотики

- линекс

- лактовит

- бифиформ в возрастных дозировках

- хилак

- бифидумбактерин

- лактобактерин

* Симптоматическое лечение.
* Организация массажа и гимнастики.
* Устранение сопутствующих заболеваний.

Оценка эффективности медсестринского процесса.

* Нормализация антропометрических показателей
* Отсутствие развития осложнений
* Комфортное состояние ребенка
* Нормализация нервно – психического развития ребенка

**Профилактика.**

**Решение проблемы предупреждения развития гипотрофии.**

Профилактика гипотрофии только частично может быть обеспечена работой педиатра. Увеличение числа детей с пренатальной гипотрофией требует начала профилактики гипотрофии во внутриутробном периоде. Антенатальная профилактика должна включать организацию правильного режима дня и питания беременной женщины, профилактику заболеваний во время беременности, предупреждение развития гестозов, исключение профессиональных вредностей, вредных привычек, психогигиену и т.д.

Постнатальная профилактика предусматривает, прежде всего, организацию рационального вскармливания малыша, полноценного ухода за ребенком, предупреждение и лечение заболеваний, особенно желудочно – кишечных расстройств.

**Решите задачу.**

Ребёнок родился от первых срочных родов в срок гестации 38 недель с массой тела 2500 ростом 50 см В анамнезе у матери тяжелый гестоз второй половины беременности. В родильном доме выставлен диагноз внутриутробная гипотрофия.

Опредилите степень гипотрофии

Тактика акушеркипо организации ухода за этим ребёнком.