**Оглавление**

Введение. Гипотрофия. Классификация гипотрофии, клиническая картина. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика гипотрофии. Гипостатура. Причины гипостатуры. Клинические проявления. Лечение гипостатуры. Паратрофия. Причины. Симптомы заболевания. Диагностика паратрофии. Лечение. Принципы диетотерапии. Профилактика паратрофии. Сестринский процесс при хронических расстройствах питания у детей

Заключение

Список использованной литературы

**Введение**

У детей раннего возраста, главным образом 1-го года жизни, в силу физиологических особенностей организма самые разнообразные причины - погрешности в питании, инфекция, дефекты ухода и др., помимо нарушения функции пищеварения, могут привести к значительным нарушениям обмена веществ. В этом случае нарушается усвоение питательных веществ тканями и клетками организма, наступает истощение ребенка, гипотрофия. Такая наклонность к глубоким расстройствам питания присуща только ребенку раннего возраста, у детей более старшего возраста этого не наблюдается.

Чтобы своевременно заметить развитие хронического расстройства питания у маленького ребенка, важно знать, что собой представляет здоровый, нормально развивающийся ребенок (нормотрофии).

Состояние нормального питания - «нормотрофия», характеризуется физиологическим росто-весовым показателями, чистой бархатистой кожей, правильно развитым скелетом, умеренным аппетитом, нормальным по частоте и качеству физиологическими отправлениями, розовыми слизистыми, отсутствием патологических нарушений со стороны внутренних органов, хорошей сопротивляемостью инфекций, правильным нервно-психическим развитием, позитивным эмоциональным настроем.

Дистрофия - представляет собой хроническое расстройство как питания, так и трофики тканей, вследствие которого нарушается полноценное и гармоничное развитие ребенка. Данное заболевание может развиться абсолютно в любом возрасте, однако особенно подвержены именно дети до 3-х лет.

Дистрофия сопровождается следующими факторами:

существенным нарушением всех обменных процессов.

значительным снижением иммунитета.

задержкой как физического, так и психомоторного, а также и интеллектуального развития.

Хронические расстройства питания у детей могут проявляться в виде различных форм в зависимости от характера нарушений трофики и возраста.

По классификации Г.Н. Сперанского различают:

Дети первых 2-х лет жизни:

Гипотрофия (отставание массы тела в сравнении с ростом).

Гипостатура (равномерное отставание массы тела и роста).

Паратрофия (избыток массы тела по отношению к росту).

Старшие возраста:

Ожирение (тучность) детей.

Истощение у детей дошкольного и школьного возраста.

Наиболее частой причиной хронических расстройств питания является белково-энергетическая недостаточность в сочетании с недостатком витаминов и микроэлементов.

**I. Гипотрофия**

хронический расстройство гипотрофия лечение

Гипотрофия - хроническое расстройство питания и пищеварения у детей раннего возраста, характеризующееся развитием истощения с дефицитом массы тела по отношению к длине. Протекает со значительным снижением иммунитета, изменением массы тела, роста кожи и подкожной клетчатки, а также нарушением многих жизненно важных функций организма ребенка.

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, физический и психические перенапряжения, употребление алкоголя, 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.

Причинами приобретенной гипотрофии могут быть: недостаточное количество молока у матери (гипогалактия), затруднение сосания при тугой молочной железе или неправильной форме сосков у матери (плоские, втянутые). Эндокринные заболевания: адрено-генитальный синдром. Нарушение режима питания: беспорядочное кормление. Недостаточное количество молочной смеси при смешанном и искусственном вскармливании. Слишком частое кормление приводит к нарушению усвоения пищи. Назначения не соответствующих возрасту ребенка молочных смесей. Важную роль играют неблагоприятные санитарно-гигиенические условия: недостаточное пребывание на свежем воздухе, редкие купания, неправильное пеленание. Инфекционные заболевания: хронические воспалительные заболевания, СПИД. Масса тела снижается при тяжелой психосоциальной депривации, нарушениях обмена веществ, иммунодефицитных состояниях.

Эндогенными факторами являются наследственные аномалии обмена веществ (галактоземия, фруктоземия), иммунодефицитные состояния, недоношенность, родовые травмы, врожденные пороки развития (расщелина верхней губы, твердого нёба, пилоростеноз, врожденные пороки сердца), перинатальные повреждения ЦНС, эндокринные расстройства. Метаболические дефекты (нарушения обмена аминокислот, болезни накопления).

Процесс пищеварения складывается из - поступления пищи - расщепления - всасывания - усвоения и отложения - выделения.

Нарушение любого из этих этапов приводит к голоданию ребенка с развитием гипотрофии. Важное значение имеет нарушение ферментативной деятельности пищеварительных желез, подавление секреции желудочно-кишечного тракта, что влечет за собой нарушение расщепления и всасывания пищевых веществ в кишечнике, развитие дисбактериоза.

Нарушается возбудимость коры головного мозга и подкорковых центров, что приводит к угнетению функции внутренних органов. Для поддержания жизнедеятельности организм использует запасы жира и гликогена из депо (подкожной клетчатки, мышц, внутренних органов), затем начинается распад клеток паренхиматозных органов. Резко снижается иммунологическая реактивность организма, в результате чего легко присоединяются инфекционные заболевания.

Распространенность гипотрофии в различных странах в зависимости от экономического развития составляет 7 - 30% ( в развивающихся странах 20 - 30%).

**II. Классификация и клинические проявления**

По времени возникновения: пренатальные, постнатальные, смешанные.

По этиологии: алиментарная, инфекционная, дефекты режима и диеты, пренатальные факторы, наследственная патология и врожденные аномалии развития.

По степени тяжести: 1ст. - легкая, 2ст. - средняя, 3ст. - тяжелая.

Период: начальный, прогрессирования, стабилизации, реконвалесценции.

Клинические проявления сгруппированы в ряд синдромов:

Синдром трофических расстройств - истончение подкожно-жировой клетчатки, снижение тургора тканей, дефицит массы тела относительно роста, признаки полигиповитаминоза и гипомикроэлементоза.

Синдром пищеварительных нарушений - анорексия, диспептические расстройства, снижение толерантности к пище.

Синдром дисфункции ЦНС - снижение эмоционального тонуса, преобладание отрицательных эмоций, периодическое беспокойство ( при тяжелых формах гипотрофии - апатия), отставание психомоторного развития.

Гипотрофия 1 степени:

Дефицит массы тела составляет 10 - 20% по сравнению с нормой (в норме более 60%). Отставания роста нет. Диагностируется редко, выявляется только при внимательном осмотре ребенка. Характеризуется незначительным похуданием, уменьшением подкожно-жирового слоя на животе, и сохранением его на конечностях и лице. Кожа гладкая, эластичная, бледная. Тургор тканей снижен. Наблюдается небольшая слабость, расстройство сна, снижение аппетита. Гликогенное депо не нарушено.

При 1 степени гипотрофии нет функциональных нарушений со стороны органов и систем, нет клинических проявлений витаминной недостаточности. Защитный иммунитет снижен, ребенок с гипотрофией 1 степени становится менее устойчивым к инфекции. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Стул нормальный. Мочеиспускание не нарушено.

Гипотрофия 2 степени:

Дефицит массы тела составляет 20 - 30% . Ребенок отстает в росте на 2 - 4 см. Характеризуется значительным похудением, подкожно-жировой слой на животе почти исчезает, значительно уменьшен на груди и конечностях, сохраняется на лице, но уже нет свойственной детям раннего возраста упругости щек (дряблость). Широко открыты большой и малый роднички, часто остаются открытыми стреловидный и лобный швы, нередко выявляются при рождении переломы ключиц. Отмечается снижение активности, вялость, адинамия, раздражительность, нарушение сна.

У таких детей значительно снижается аппетит, периодически возникает рвота.

Постепенно уменьшаются запасы гликогена в скелетной мускулатуре, мышце сердца, печени. Появляется мышечная слабость, уменьшение массы мышц конечностей, нарушается моторика.

Отмечают выраженные функциональные расстройства со стороны различных органов:

ЦНС (замедляется выработка условных рефлексов);

ЖКТ (снижение ферментов, диспепсические расстройства);

Сердечно-сосудистая система (тахикардия, приглушение тонов сердца);

Органы дыхания (учащение дыхания, снижение вентиляции легких);

Увеличение размеров печени. Стул неустойчивый, запоры сменяются жидким стулом. Моча имеет запах аммиака. Нарушается терморегуляция (дети легко переохлаждаются и перегреваются). Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, легко собирается в складку. Снижается эластичность кожи, тургор тканей снижен. Отмечается сухость кожи и шелушение.

У большинства детей имеется соматическая патология (пневмония, отит, пиелонефрит). Толерантность к пище понижена.

Снижаются запасы витаминов и появляются клинические симптомы полигиповитаминозов, дети часто болеют, заболевания протекают тяжело, наблюдается наклонность к затяжному течению.

При преобладании в пище углеводов, испражнения могут быть жидкими с примесью слизи, желто-зеленого цвета, с кислой реакцией; при лабораторном исследовании в них находят много крахмала, клетчатки, жиров, а также наличие лейкоцитов.

При злоупотреблении цельным коровьим молоком, творогом, отмечается белковый стул («овечий»): кал приобретает мыльно-известковый вид и бурый цвет, становится сухим в виде шариков, мелко крошится и рассыпается, имеет гнилостный запах.

При количественном недоедании появляется «голодный» стул: сухой, скудный, обесцвеченный, с гнилостным зловонным запахом.

Гипотрофия 3 степени (атрофия):

Отражает всю полноту клинической картины заболевания. Дефицит массы тела составляет более 30%. Длина тела ребенка меньше возрастной нормы на 7 - 10 см. Сопровождается значительными нарушениями общего состояния ребенка: отмечается сонливость, безучастность к окружаемому, раздражительность, негативизм, повышенная плаксивость, резкая задержка в развитии, утрата уже приобретенных навыков и умений, полная анорексия.

Отмечается в основном у детей первых 6 месяцев жизни;

Клинически характеризуется резким истощением ребенка. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, конечностях и лице, кожа обвисает складками. По внешнему виду ребенок напоминает скелет, обтянутый сухой кожей бледно-серого цвета. Лицо ребенка становится «старческим», морщинистым.

Выражены признаки обезвоживания: глазные яблоки и большой родничок западают, носогубная складка глубокая, челюсти и скулы выдаются, подбородок заостренный, щеки впалые, афония, сухость конъюктив и роговицы, яркое окрашивание слизистой оболочки губ, трещины в уголках рта. Ткани полностью утрачивают тургор, мышцы атрофичны. Температура тела снижена до 34 - 32° С, ребенок склонен к переохлаждению, конечности всегда холодные. В организме ребенка исчезает гликоген, и постепенно наблюдается уменьшение запасов белка, развиваются атрофические процессы в органах и тканях. Мышцы истончаются, становятся дряблыми, наблюдается задержка ЦНС. Задерживается психомоторное развитие. Тоны сердца значительно приглушены. Пульс редкий, слабого наполнения. Артериальное давление низкое. Дыхание поверхностное, аритмичное, периодически появляется апноэ. Живот увеличен в размерах за счет метеоризма, передняя брюшная стенка истончена, видно петли кишок. Печень и селезенка уменьшены в размерах. Почти всегда отмечаются дискинетические расстройства: срыгивания, рвота, учащенный жидкий стул. Мочеиспускание редкое, малыми порциями. В следствие сгущения крови показатели гемоглобина и эритроцитов находятся в пределах нормы или повышены. СОЭ замедлена. В моче большое количество хлоридов, фосфатов, мочевины, иногда обнаруживаются ацетон и кетоновые тела.

Терминальный период характеризуется триадой:

Гипотермией (34 - 32);

Брадикардией (42 - 60 уд. в мин.);

Гипогликемией;

Больной угасает постепенно и умирает незаметно.

**III. Диагностика**

Диагностика основана на характерных симптомах гипотрофии, лабораторные методы являются вспомогательными.

Анамнез жалоб и анамнез заболевания: нарушение аппетита, сна, изменение характера стула (скудный, сухой, обесцвеченный, с резким неприятным запахом), ребенок вялый, раздражительный.

Общий осмотр: кожа бледная, сухая, малоэластичная, подкожный слой истощен, родничок западает, признаки рахита, снижен мышечный тонус.

Антропометрия:

Отставание массы и длины тела от нормы.

Контрольное взвешивание ребенка до и после кормления (помогает выявить факт недостатка питания)

Лабораторные данные:

- Анализ крови: анемия, признаки воспалительных процессов (лейкоцитоз, ускоренное СОЭ), снижение уровня сахара в крови (гипогликемия).

Биохимия крови:

. гипопротеинемия (снижение общего количества белка),

. диспротеинемия (нарушение соотношения различных видов белков),

. дислипидемия (нарушение соотношения различных видов жиров),

. гипохолестеринемия (уменьшение количества холестерина),

. ацидоз («закисление крови»),

6. гипокальциемия (уменьшение содержания кальция),

. гипофосфатемия (снижение количество фосфатов).

Анализ кала: признаки нарушения переваривания пищи, дисбактериоз.

Общий анализ мочи: повышенный уровень креатинина, пониженное содержание общего азота мочи.

**IV. Принципы лечения**

Комплексная терапия включает: Определение причины, вызвавшей гипотрофию, одновременно с попыткой её регулировки 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 поливитаминных и ферментных препаратов. Соответствующий режим с правильным уходом и воспитательными мероприятиями. Периодические курсы массажа и лечебной гимнастики.

Принципы лечения гипотрофии:

.Устранение факторов обусловливающих голодание

.Организация режима, ухода, массажа, ЛФК

.Оптимальная диетотерапия

.Заместительная терапия (ферменты, витамины, микроэлементы).

.Стимуляция сниженных защитных сил организма

.Лечение сопутствующих заболеваний и осложнений.

Основные направления медикаментозной терапии:

. Заместительная ферментотерапия проводится в основном препаратами поджелудочной железы причем предпочтение отдается препаратам комбинированного состава панзинорму, фесталу. Для стимуляции процессов пищеварения применяют желудочный сок, ацидин пепсин, соляную кислоту с пепсином. При дисбактериозе кишечника биопрепараты - бифидумбактерин, бификол, бактисубтил длительными курсами .

. Парентеральное питание проводится при тяжелых формах гипотрофии сопровождающихся явлениями мальабсорбции. Назначают белковые препараты для парентерального питания - альвезин, левамин, белковые гидролизаты.

. Коррекция водно-электролитных нарушений и ацидоза. Назначаются инфузии глюкозо-солевых растворов, поляризующая смесь.

Медикаментозная терапия включает назначение ферментов для лучшего усвоения пищи. Используют пепсин с 1-2% раствором хлористоводородной кислоты по 1 чайной ложке 3 раза в день до еды, натуральный желудочный сок по 1 чайной ложке в 1/4 стакана воды 2-3 раза перед едой, абомин по 1/4 таблетки или 1/2 таблетки 2-3 раза во время еды, панкреатин по 0,1-0,15 г с кальция карбонатом, панзинорм форте (1/2-1 драже во время еды 3 раза в день), фестал. За последние годы для усиления внутриклеточного обмена, улучшения аппетита, белково-синтетической функции печени и как липотропное средство при гипотрофии у детей применяют карнитин-хлорид 20% по 4-5 капель в 5% растворе глюкозы внутрь.

**V. Профилактика гипотрофии**

. Еще в период беременности необходимо применять профилактические мероприятия по правильному режиму беременной женщины. Надлежащий уход, полноценное питание и предотвращение влияния вредных факторов внешней среды максимально снизят риск возникновения гипотрофии при рождении.

. Начиная с рождения, очень важным моментом в профилактике гипотрофии является естественное вскармливание матерью своего младенца. Материнское молоко содержит огромное количество питательных веществ и витаминов, необходимых для молодого организма, а самое главное - в легкоусвояемой форме.

. При условиях нехватки женского молока производят докорм ребенка питательными молочными смесями. Одно из главных правил докорма - его следует производить до грудного кормления.

. Начиная с полугодовалого возраста ребенка необходимо начинать прикармливать.

Существует несколько главных правил прикорма:

Ребенок должен быть полностью здоров. Употребляют продукты питания соответственно возрасту ребенка. Прикорм вводят постепенно, и до кормления материнской грудью. Ребенок кушает при помощи маленькой ложечки. Смена одного вида кормления заменяется одним видом прикорма. Употребляемые продукты питания должны быть богаты витаминами и необходимыми минералами.

. Своевременная диагностика инфекционных заболеваний, рахита и других расстройств желудочно-кишечного тракта, позволит начать соответствующее лечение, и предотвратит развитие гипотрофии. Подытоживая вышеизложенный материал, следует заметить, что прогноз развития гипотрофии зависит, прежде всего, от причин, которые участвовали в возникновении данного патологического состояния. Условия внешней и внутренней среды, характер вскармливания, а также возраст больного - все это играет большую роль в развитии гипотрофии. При алиментарной недостаточности исход заболевания обычно благоприятный.

**VI. Гипостатура**

Гипостатура - равномерное отставание ребенка первого года жизни в росте и массе тела, в сравнении со средними нормативными показателями соответствующего возраста. При этом, масса тела для данного роста близка к норме. Однако у таких детей наблюдается удовлетворительное состояние упитанности и тургора кожи.

Длина тела при гипостатуре меньше нормы на 5 - 10 см. (у старших детей на 10 - 20 см.). При этом фактическая масса тела, хотя и меньше средних показателей, пропорционально соответствует росту ребенка.

**VII. Причины. Клинические проявления**

Частой причиной гипостатуры, является недостаточное количество белка и витаминов, начиная с внутриутробного периода и на первом году его жизни.

Задержка роста чаще всего развивается при:

продолжительной гипотрофии (более 6 мес.)

продолжительных заболеваниях.

Гипостатура может развиться на фоне перенесенной пренатальной (врожденной) дистрофии или длительно текущей недостаточно леченной постнатальной (после рождения) гипотрофии II - III степени. В основе ее возможны нейроэндокринные нарушения. Среди причин развития гипостатуры и гипотрофии, большое значение имеют дефекты ухода за младенцем: дефицит внимания и ласки, психогенной стимуляции (колыбельные, чтение стихов и сказок), отсутствие ежедневных прогулок на свежем воздухе, водных процедур. Клиническая картина:

Внешний вид у детей с гипостатурой необычен, они напоминают недоношенных детей с врожденной гипотрофией, и в это же время отличаются от них.

Это маленькие, но сложенные пропорционально дети. Физически и психически развиваются правильно. Только физические параметры (окружность головы и груди, длина тела стоя и сидя, окружности бедер и голеней, плеча и запястья) не достигают нижней границы нормы. Масса и длина тела у таких детей находится ниже средних возрастных норм или на нижних границах нормы.

Кожа бледная, сухая, тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой выражен достаточно. Дети отличаются пониженным аппетитом. Растут медленно. Склонны к частым воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей, к нарушениям обмена веществ, нервным и эндокринным сдвигам; Эмоционально неустойчивы.

**VIII. Лечение**

Включает в себя:

Выявление причин данного состояния, их полное устранение или коррекцию.

Диетотерапию.

Организацию рационального режима, ухода, воспитания, массажа и гимнастики.

Выявление и своевременное лечение очагов инфекции в организме (хронического воспалительного процесса в носоглотке, кариозных зубов), рахита, анемии.

Ферментотерапию (креон, мезим-форте).

Анаболические препараты и витаминотерапию.

Симптоматическое лечение.

Стимулирующая терапия:

Применяют биостимуляторы типа апилака, адаптагены. Проводится лечение рахита, железодефицитной анемии, профилактика и адекватное лечение острых инфекций. При дисбактериозе кишечника применяют бифидумбактерин, линекс, бификол, и др. биопрепараты.

При отсутствии тяжелых заболеваний или пороков развития организма ребенка основу рационального лечения составляет диетотерапия.

Диетотерапия.

Рациональное питание детей должно соответствовать уровню физического развития ребенка (его росту, массе тела). Пищу малыша не следует перегружать белками, жирами, углеводами. Все питательные вещества должны находиться в сбалансированном соотношении, соответственно данному возрасту.

Критерии эффективности диетотерапии:

Улучшение эмоционального статуса (ребенок становится более активным, у него хорошее настроение).

Нормализация аппетита.

Улучшение состояния кожи.

Приобретение новых навыков психомоторного развития.

Ежедневное увеличение массы тела.

Улучшение переваривания пищи (по данным копрограммы).

В случае появления признаков снижения переносимости пищевых продуктов, объем питания временно уменьшают. Следует отметить, что для каждого ребенка необходим индивидуальный подход к диете и темпам ее расширения. Со временем после исчезновения причины заболевания при удовлетворительных условиях и полноценном питании у ребенка быстро восстанавливается внешний вид: цвет кожных покровов, жировой и подкожно-жировой слой, тургор тканей.

При перенесении гипотрофии постепенно увеличивается масса тела.

А длина тела если и повышается, то значительно медленнее. И приобретенное отставание массы тела и роста ребенка от средних нормативных показателей при пропорциональности между ними является признаком гипостатуры.

**IX. Паратрофия**

Паратрофия - представляет собой заболевание, характеризующееся избытком веса у ребенка. Это следствие хронического нарушения вскармливания малышей первого года жизни, который, в сравнении с установленными нормами, имеет увеличенную массу тела.

У детей паратрофия встречается в возрасте до 3-х лет, особенно если масса тела выше нормативных данных на 10% и более.

Степени паратрофии:

Паратрофия 1 степени: величина превышения массы тела составляет 11-12%

Паратрофия 2 степени: масса тела превышает на 21-30%

Паратрофия 3 степени: масса тела увеличена на 31% и более.

**X. Причины. Симптомы заболевания**

Беспорядочное кормление,- частое кормление, которое провоцирует нарушение усвоения пищи,- такие метаболические дефекты, как нарушения обмена аминокислот, болезни накопления,- малая подвижность,- недостаточное пребывание на свежем воздухе,- может быть повышение соматотропного гормона гипофиза, инсулина, задержка в организме лишнего количества воды и прочее.

Симптомы:

бледность кожных покровов,

избыточное откладывание жира в подкожно-жировой клетчатке,

снижение тонуса мышц, упругости тканей,

возможны проявления рахита,

частые аллергические реакции,

ребенок выглядит откормленным и не в меру упитанным,

нередки проблемы с работой кишечника: дисбактериоз, запор,

в естественных складках кожи часто наблюдаются опрелости,

ребенок с паратрофией часто обладает характерным телосложением: широкая грудная клетка, короткая шея, округлые формы тела, узкие лопатки.

**XI. Диагностика паратрофии**

Анамнестические критерии диагностики позволяют обнаружить этиологические и предрасполагающие факторы, отягощённую по ожирению и обменным заболеваниям наследственность: внутриутробный "перекорм", злоупотребление высококалорийными продуктами, высокобелковое питание, перегрузка электролитами, приём калорийной пищи во второй половине дня, малоподвижность ребёнка, нейроэндокринные расстройства. Клинические критерии диагностики: выраженность клинических и лабораторных признаков зависит от тяжести и клинической формы паратрофии.

Синдром обменных нарушений:

•избыток массы тела;

•нарушение пропорциональности телосложения;

•избыточное отложение жировой ткани;

•признаки полигиповитаминоза;

•бледность;

•пастозность кожи;

•снижение тургора тканей;

•вялость, нарушение сна и терморегуляции.

•избирательное снижение (дети плохо едят овощные виды пищи прикормов, иногда мясо) или повышение (отдают предпочтение молочным продуктам, кашам) аппетита;

•высокие неравномерные прибавки массы тела (лабильность весовой кривой);

•расстройство стула (запоры или разжижение);

•признаки функциональных нарушений желудочно-кишечного пищеварения (по данным копрограммы).

Синдром снижения иммунологической реактивности:

•склонность к частым инфекционным заболеваниям с затяжным течением; •респираторные заболевания нередко рецидивируют, протекают с обструктивным синдромом и выраженной дыхательной недостаточностью.

Лабораторные критерии диагностики:

•Анализ крови - анемия.

•Биохимическое исследование крови - диспротеинемия, уменьшение содержания глобулинов и относительное увеличение альбуминов, гиперлипидемия, гиперхолестеринемия, извращённый тип сахарной кривой.

•Копрограмма:

•при молочном расстройстве питания - стул гнилостный, плотный, блестящий (жирно-мыльный), реакция кала щелочная, часто определяется нейтральный жир, мыла, гнилостная микрофлора:

•при мучном расстройстве - стул жёлтый или бурый, плотный, обильный (при дисфункции - пенистый, зелёный), реакция кала кислая, часто определяются вне- и внутриклеточный крахмал, микрофлора йодофильная.

**XII. Лечение. Принципы диетотерапии**

Организация рационального, сбалансированного питания.

Кормление по режиму.

Оптимизация водного режима.

Проведение этапного диетического лечения:этап (разгрузки) предусматривает отмену высококалорийных продуктов и всех видов прикорма. Общий объём пищи соответствует возрастным нормам. Лучший продукт - грудное молоко. После 6 месяцев целесообразно сочетание грудного молока и кисломолочных смесей.

Длительность этапа - 7-10 дней.этап (переходный) длится 3-4 недели. Детям старше 4 месяцев, вводят соответствующие возрасту прикормы, начиная с овощного пюре.этап (минимально-оптимальной диеты) - ребёнок получает все виды прикорма, соответствующие возрасту. Расчёт необходимого количества белка проводят на фактическую массу тела. Потребность жиров, углеводов, калорий - на долженствующую массу тела.

**XIII. Профилактика паратрофии**

Чтобы у ребёнка не развилась паратрофия, нужно правильно вводить прикормы и следить за весом малыша. Следует тщательно соблюдать режим кормления при искусственном или смешанном вскармливании согласно рекомендациям педиатра, наблюдающего ребёнка.

**XIV. Сестринский процесс при хронических расстройствах пищеварения**

Лечение больных гипотрофией должно быть этапным, комплексным, с учетом этиологических факторов и степени расстройств питания.

Оно должно быть индивидуальным, с учетом функционального состояния органов и систем, наличия или отсутствия инфекционного процесса и его осложнений.

Лечение детей раннего возраста с гипотрофией I степени в большинстве случаев проводят в домашних условиях. Путем подробного опроса матери следует выяснить причину заболевания. Чаще всего оно алиментарного происхождения. Введение соответствующего докорма в виде кислых смесей, коррекция питания назначением творога при недостатке белка или увеличение количества углеводов в рационе из расчета на должную массу тела способствуют устранению начавшегося расстройства питания. Необходимо дать рекомендации матери по улучшению ухода за ребенком (прогулки, регулярное проведение гигиенических ванн и др.).

А детей с гипотрофией II и III степени необходимо госпитализировать.

При этом следует предусмотреть помещение больных с гипотрофией в небольшие палаты или полубоксы с тем, чтобы оградить их от лишних контактов с детьми и особенно с больными ОРВИ.

Все дети требуют оптимального режима сна.

При 2 степени гипотрофии необходимо спать 2 раза в день.

При 3 степени - 3 раза в день.

Помещение проветривают, два раза в сутки проводят влажную уборку. Температура должна поддерживаться в диапазоне 25-26 С.

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

Общие принципы диетотерапии гипотрофии:

. Увеличение частоты кормлений до 7-8-9 (соответственно при гипотрофии 1-2 и 3 степени).

. Принцип двухфазного питания

Период выяснения пищевой толерантности

Период переходного и оптимального питания

Гипотрофия 1 степени.

Период выяснения толерантности длится 1-3 дня.

-й день назначают 1/2-2/3 суточной потребности в пище.

-й день - 2/3-4/5 суточного количества.

-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:

квартал в сутки необходимо 523-502 кДж/кг (125-120 ккал/кг)

квартал 502-481 кДж/кг (120-115 ккал/кг)

квартал 481-460 кДж/кг (115-110- ккал/кг)

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.

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.

неделя 1/2 должной суточной потребности в пище.

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.

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.

**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.

**Список использованной литературы**

1. Краткая медицинская Энциклопедия, издательство «Советская Энциклопедия», издание второе, 1989г. Москва;

. Детские болезни. Учебник. 2002 г. (Автор: Баранов А.А.);

. Справочник по педиатрии (Под редакцией кандидата медицинских наук А.К. Устиновича);

. Учебник. Сестринское дело в педиатрии. (Издание 16-е, под редакцией заслуженного врача Российской Федерации, профессора Р.Ф.Морозовой. Ростов-на-Дону. «Феникс» 2012г.);

. Алгоритмы профессиональной деятельности медицинских сестер (учебное пособие для студентов медицинских училищ. Мадан А.И.; Бородаева Н.В.; Красноярск,2003г.);

. Учебник. Сестринское дело в педиатрии. ( Соколова Н.Г., Тульчинская В.Д.; Ростов-на-Дону, «Феникс» 2007г.)

. Педиатрия - учебник для медицинских вузов ( П.Шабалов, 2003г.)

8. (http://www.e-motherhood.ru/paratrofiya-u-detej/)