## реферат

На тему: **Дистрофия**

### Выполнила врач-интерн

Останкова А. Ю.

#### Семипалатинск

**Дистрофия** – хроническое расстройство питания и трофики тканей, нарушающее правильное и гармоничное развитие ребенка.

По классификации Спиранского:

1. гипотрофия со снижением массы тела по отношению к его длине;
2. паратрофию с нормальной или избыточной массой тела;
3. гипостатуру с пропорциональным уменьшением массы и длины тела.

Этиология: Различают дистрофию пренатального происхождения; возникшую внутриутробно или в течение первых недель жизни и постнатальную; развивающуюся после рождения под влиянием различных факторов.

Патогенез: Развитие дистрофии всегда сопровождается глубокими нарушениями всех видов обмена веществ. Неустойчивая секреция ЖКТ ребенка легко подавляется под влиянием отрицательных эмоций, перегревания или переохлаждения, количественной или качественной неполноценностью питания или избыточностью его.

# Классификация

|  |  |
| --- | --- |
| Степень гипотрофии | Дефицит массы тела |
|  I. Легкая II. СреднетяжелаяIII. Тяжелая | 10-20 %20-30 %более 30 % |

При гипотрофии I степени дефицит массы тела составляет 10-20 % по сравнению с нормой. Выражается: в снижении аппетита; кожа гладкая, эластичная, бледная; внутренние органы и физиологические отправления без видимых отклонений. Тургор тканей снижен и толщина подкожно-жировой клетчатки на животе значительно меньше, но на лице и конечностях сохранена. Отмечается диспротеинемия и снижение уровня пищеварительных ферментов.

При гипотрофии II степени дефицит массы тела составляет 20-30 %. Характеризуется снижением эмоционального тонуса и активности ребенка, апатией, вялостью, адинамией, задержкой развития психомоторных функций и речи, отчетливым нарушением аппетита. Бледность и сухость кожных покровов, их шелушение. Эластичность кожи и тургор тканей снижены, выражена мышечная гипотония. Подкожно-жировая клетчатка сохранена на лице, но уменьшена или отсутствует на животе и конечностях. Кривая нарастания массы тела уплощена, постоянно холодные конечности; тахипное, жесткое дыхание. Нередко наблюдаются запоры, гипохромная анемия, диспротеинемия, значительное снижение активности пищеварительных факторов.

При гипотрофии III степени дефицит массы тела составляет 30 % и более. Длина тела меньше возрастной на 7-10 см. Сопровождается значительными нарушениями общего состояния: сонливостью, безучастностью к окружающему, раздражительностью, плаксивостью, резкой задержкой развития, полной анорексии. По внешнему виду ребенок напоминает скелетик, обтянутый сухой кожей бледно-серого цвета свисающей складками на ягодицах и бедрах. Лицо «старческое», морщинистое. Подкожно-жировая клетчатка отсутствует всюду. Ткани полностью утрачивают тургор. Мышцы атрофичны. Выражены признаки обезвоживания: западение большого родничка и глазных яблок, афония, сухость коньюктив и роговицы. Яркое окрашивание слизистой оболочки губ. Живот втянут или напряжен. Пульс редкий, слабый, артериальное давление низкое, тоны сердца приглушены. Срыгивания, рвота, учащенный стул, мочеиспускания редкие малыми порциями.

Лечение: Выявление и устранение причинных факторов и организация оптимальных условий окружающей среды ребенка. Диетотерапия, проводимая с учетом порога толерантности к пище. Санация очагов хронических инфекций, борьба с гиподинамией.

Лечение детей с гипотрофией I степени проводят амбулаторно под наблюдением участкового врача, диета с учетом возрастной нормы. Коррекция путем расчета питания на должную массу тела. Пищеварительные ферменты и витамины внутрь. Хвойные ванны попеременно с гигиеническими.

Лечение детей с гипотрофией II и III степеней проводится в стационарных условиях. Ребенка следует оградить от излишних раздражителей. Желательно содержать больного в условиях бокса, обеспечив материнским уходом и создав оптимальный микроклимат (температура воздуха 27-30°, влажность 70 % , частое проветривание). Прогулки на свежем воздухе, массаж, гимнастика.

Диета: Кормить более часто, чем положено в его возрасте, меньшими порциями. Преимущественно грудным молоком или нативные кислые смеси. Объем и энергетическая ценность рассчитывается вначале на фактическую массу тела плюс еще 20 %, и только при хорошей переносимости этой пищи постепенно переходят на должную массу тела. Оптимальное соотношение белков, жиров и углеводов при естественном вскармливании – 1:3:6, при смешанном и искусственном – 1:1,5:3,5. Общее количество белка не должно превышать 4,5-5 г на 1 кг массы тела. Ферментотерапию проводят с первого дня лечения: соляную кислоту с пепсином (1-2 г на 100 мл воды детям до одного года, 3-4 г на 100 мл воды более старшим) по одной чайной ложке за 10-15 минут до еды, во время еды или сразу после еды; панкреатин с карбонатом кальция (по 0,1 г на год жизни) за 40 минут до еды. Курс лечения – 1 месяц.

Витамин С и группы В вводят парентерально в дозах в 3-5 раз превышающих возрастные.

Гормональное лечение: Инсулин (1-2 ЕД МК в 1 изотонического раствора NaCl) за 30 минут до и после инъекции дается 20-30 мл 10%-ной глюкозы внутрь; тиреодин по 0,03-0,1 г 2-3 раза в день. Анаболические гормоны (неробол по 0,1-0,3 мл/кг ежедневно, ретаболил 1 мг/кг 1 раз в 2-3 недели).

Стимулирующая терапия включает: апилак по 2,5-5,0 мг в свечах 3 раза в день в течение 15 дней; донорский j-глобулин в/м по 0,2 мл на 1 кг массы тела, 3 инъекции через 2-3 дня.