

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Б1.О.23 Сестринское дело в педиатрии
Специальность	34. 03. 01 Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025
Тема 5	Хронические расстройства питания у детей. Рахит.

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело в педиатрии»:

Разработаны:

зав. кафедры пропедевтики детских
болезней с курсом дополнительного
профессионального образования,
д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, зав. кафедрой, д.м.н.,
профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном
процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело
2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования



Шишалова Т.Н.



Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело в педиатрии»
размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель – знакомство обучающихся с хроническими расстройствами питания у детей.

Рахит.

Учебные вопросы: Рахит. Принципы лечения и ухода за больными. Принципы профилактики рахита. Спазмофилия. Неотложная помощь при приступе судорог. Проблемы пациента, сестринская помощь.

Хронические расстройства питания. Проблемы пациента и сестринская помощь

Рахит (классический, младенческий, витамин D-дефицитный) – это мультифакториальное заболевание детей грудного и раннего возраста, для которого характерно нарушение обмена веществ вследствие транзиторного дефицита кальция, фосфатов и витамина D, проявляющееся значительным расстройством деятельности многих органов и систем и специфическим поражением костной ткани в виде нарушения образования, оптимального роста и минерализации костной ткани.

Рахит и гиповитаминоз D – это неоднозначные понятия!

В настоящее время выделяют много эндогенных и экзогенных факторов, действующих как пренатально, так и постнатально, как со стороны матери, так и со стороны ребёнка, способствующих развитию рахита.

Экзогенные факторы:

- климатогеографические – большая часть территории России расположена в зоне низкой инсоляции и характеризуется малым числом солнечных дней в году (40-70 дней);
- экологические – синтез витамина D в коже сильно снижается при загрязнённости воздуха, пыльных бурях, повышенной облачности, которая способствует увеличению количества водяного пара, что приводит к уменьшению количества излучения, достигающего земли;
- алиментарные – дефекты питания матери во время беременности и лактации, искусственное вскармливание ребенка неадаптированными или частично адаптированными смесями, позднее введение прикормов, неполноценный рацион питания (дефицит белков в питании приводит к снижению синтеза кальцийсвязывающего белка в слизистой тонкой кишки, что нарушает всасывание кальция);
- неблагоприятные социально-бытовые и экономические условия проживания матери и ребенка (низкая материальная обеспеченность, многодетные семьи, загрязнение среды обитания человека);
- режимные нарушения: неудовлетворительный уход за ребенком; тугое пеленание; гиподинамия (активный переход синтезированного витамина D₃ из эпидермиса в кровоток происходит только при интенсивной физической нагрузке, гиподинамия существенно снижает поступление синтезированного в коже витамина D в кровеносное русло); недостаточное пребывание на свежем воздухе (недопустимы прогулки на застекленной лоджии или в помещении у окна, так как оконное стекло уменьшает количество ультрафиолетового излучения до 60%);
- интенсивное использование солнцезащитных кремов в связи с ростом количества онкопатологии кожи, что значительно снижает синтез витамина D в коже под действием солнечного света.

Эндогенные факторы:

- отягощенная наследственность по нарушениям фосфорно-кальциевого обмена;
- возраст матери младше 17 и старше 35 лет;
- частые беременности с коротким интервалом, многоплодная беременность, аборт;
- патологическое течение беременности;
- патология перинатального периода – недоношенность (рахит развивается у 70% детей с массой тела менее 800 г, так как поступление кальция и фосфора от матери к плоду происходит особенно интенсивно в третьем триместре беременности, когда плод получает от матери 80% всего скелетного кальция и в 2 раза больше фосфора, чем с грудным молоком); ЗВУР; избыточная масса при рождении (больше 4 кг), гипоксия;

- заболевания желудочно-кишечного тракта: патология желчного пузыря и желчевыводящих путей (нарушение всасывания витамина D в кишечнике вследствие нарушения желчеобразования и/или желчеотделения); заболевания, протекающие с синдромом мальабсорбции (целиакия, галактоземия, экссудативная энтеропатия, муковисцидоз); синдром короткой кишки, кото- 19 рый возникает в результате резекции желудка и кишечника; хронические заболевания кишечника и другая патология, сопровождающаяся мальдигестией и мальабсорбцией;

- хронические заболевания почек, печени (нарушение гидроксирования неактивных форм витамина D в активные формы, нарушение транспорта метаболитов витамина D);

- заболевания эпидермиса, частые ОРЗ;

- смуглая кожа (активность синтеза витамина D в коже находится в обратной зависимости от степени пигментации кожи: у детей с темной кожей синтез витамина D3 минимален, людям с тёмной кожей для получения аналогичной дозы требуется более продолжительная инсоляция, чем светлокожим);

- применение лекарственных препаратов: глюкокортикостероиды, тиреоидных гормонов, противосудорожных препаратов и длительное использование антацидов, тетрациклина.

Заболевание, в основном, манифестирует в 3-4 месяца жизни ребенка, но первые симптомы можно заметить и раньше – в 1-1,5 месяца, особенно у недоношенных.

Клинически отмечается преобладание расстройство функционирования вегетативно-нервной системы с такими симптомами, как беспокойство, вздрагивание при резком звуке, плаксивость, снижение аппетита, поверхностный беспокойный сон, стойкий красный дермографизм, потливость, особенно выраженная во время кормления и во сне. Характерны опрелости, пеленочный дерматит, облысение затылка. Развиваются расстройства функции желудочно-кишечного тракта вследствие снижения мышечного тонуса. Проблемы, связанные с мышечной гипотонией при рахите клинически проявляются наличием запоров.

Выявление только симптомов нарушения вегетативной деятельности не является основанием для постановки диагноза, как это было принято ранее.

Спазмофилия – заболевание, которое чаще всего встречается у детей раннего возраста, проявляется предрасположенностью к тоническим и тонико-клоническим судорогам, повышенной нервно-мышечной возбудимостью, возникающее в результате снижения уровня кальция в плазме крови на фоне метаболического алкалоза.

Заболевание встречается почти исключительно у детей от 6 мес до 2 лет в период разгара кальций-дефицитного рахита или в период реконвалесценции среднетяжелого или тяжелого витамин-D дефицитного рахита, обычно весной. В настоящее время встречается редко. Предрасполагающими факторами являются недостаток кальция в питании, использование высоких доз витамина D, соматические заболевания, сопровождающиеся диареей и рвотой, высокой температурой.

Наличие у ребенка признаков гипервозбудимости: беспокойство, вздрагивание, периодический тремор подбородка и конечностей, неравномерное дыхание (диспноэ). Выявляют симптомы:

Приступ явной спазмофилии может начаться с тонического напряжения мимической мускулатуры лица («рыбий» рот, спазм взора вверх или в сторону), болезненного **карпопедального спазма** – тоническое сокращение дистальных мышц кисти и стопы, принимающих характерное положение (кисть в виде «руки акушера», стопа – пальцы в положении подошвенного сгибания). Приступ длится от нескольких минут до нескольких дней, которые могут рецидивировать. При длительном спазме на тыле кистей и стоп появляется упругая отечность.

Дистрофия - расстройство питания - развивается преимущественно у детей раннего возраста и бывает 3 типов: гипотрофия (недостаточное питание), ожирение, тучность (избыточное питание) и паратрофия (хроническое расстройство питания при нормальных длине и массе тела или некотором, около 10 %, превышении массы над длиной, или превышение и того и другого показателей возрастных норм).

Гипотрофия - хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела. Основным наиболее частым вариантом недостаточного питания является белково-калорийная недостаточность. По данным ВОЗ, в развивающихся странах до 20-30 % и более детей раннего возраста имеют белково-калорийную или другие виды недостаточности питания.

Различают 2 группы гипотрофий по этиологии - экзогенные и эндогенные. **Экзогенные** причины гипотрофий: **алиментарные факторы** - количественный недокорм при гипогалактии у матери, затруднения при вскармливании со стороны матери или ребенка, или качественный недокорм (несоответствие возрасту смесей или прикорма); **инфекционные факторы** - внутриутробные генерализованные инфекции, интранатальные инфекции, пиелонефрит, кишечные инфекции и др.; **токсические факторы** - использование при искусственном вскармливании молочных смесей с истекшим сроком хранения, гипервитаминозы Д и А, отравления.

Эндогенные причины гипотрофий - перинатальные энцефалопатии различного генеза, бронхолегочная дисплазия, врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта, синдром короткой кишки после обширных резекций кишечника, синдром нарушенного кишечного всасывания, эндокринные заболевания, наследственные аномалии обмена веществ, диатезы.

По степени тяжести выделяют 3 степени гипотрофии 1,2,3. **Гипотрофия 1 степени** характеризуется истончением подкожно жирового слоя на всех участках тела и прежде всего на животе. Жировая складка дряблая, тургор тканей и тонус мышц снижены. Наблюдается некоторая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, снижение упругости и эластичности кожи. Рост ребенка не отстает от нормы, а масса тела на 11-20 % ниже нормы. Кривая нарастания массы тела уплощена. Общее самочувствие ребенка удовлетворительное. Психомоторное развитие соответствует возрасту, однако он раздражителен, беспокоен, легко утомляется, сон нарушен. Имеется склонность к срыгиваниям.

Гипотрофия II степени. Подкожный жировой слой отсутствует на животе, иногда на груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная с сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки, дряблая как бы избыточная на ягодицах, бедрах, хотя иногда бывают отеки. Типичные для здоровых детей поперечные складки на внутренней поверхности бедер исчезают и появляются дряблые продольные складки, висящие как мешочек. Как правило, имеются признаки полигиповитаминозов (мраморность кожи, шелушение и гиперпигментация в складках, ломкость ногтей и волос, яркость слизистых, заеды в углах рта). Тургор тканей снижен. Типично уменьшение массы мышц конечностей. Снижение мышечного тонуса приводит к увеличению живота, из-за гипотонии мышц передней брюшной стенки, атонии кишечника и метеоризму. Масса тела уменьшена по сравнению с нормой на 20-30 % (по отношению к длине), имеется отставание в росте. Кривая нарастания массы тела плоская, Аппетит снижен, Толерантность к пище понижена. Характерны слабость и раздражительность, ребенок беспокоен, криклив, плаксив, вял, безразличен к окружающему. Лицо принимает озабоченное, взрослое выражение. Сон беспокойный, терморегуляция нарушена и ребенок быстро охлаждается или перегревается в зависимости от температуры окружающей среды. колебания температуры тела в течении дня превышают 1°C.

У многих больных детей отмечают отит, пневмонию, пиелонефрит и др. инфекции. Стул у больных гипотрофией неустойчивый, запор сменяется диспептическим стулом.

Гипотрофия III (маразм, атрофия). Первичная гипотрофия III характеризуется крайней степенью истощения: внешний вид ребенка напоминает скелет, обтянутый кожей. Подкожный жировой слой отсутствует на животе, туловище, конечностях, резко истончен или отсутствует на лице. Кожа бледновато-серого цвета, сухая, иногда багрово синяя, конечности холодные. Кожная складка не расправляется, так как практически отсутствует эластичность кожи (обилие морщин). На коже и слизистых оболочках имеются проявления гиповитаминозов С, А, группы В. Выявляются молочница, стоматит. Рот выглядит ярким, большим, в углах трещины («рот воробья»). Имеется мокнущая эритема кожных покровов, атрофия мышц. Лоб покрыт морщинами. Носогубная складка глубокая, челюсти и скулы выдаются, подбородок заострен, зубы тонкие. Щеки западают, так как исчезают комочки Биша. Лицо ребенка напоминает лицо старика. Живот растянут, вздут или контурируются пели кишечника. Стул неустойчивый, чаще запор, чередующийся с мыльно-известковым стулом.

Температура тела чаще понижена. Разница в температуре в подмышечной впадине и прямой кишке отсутствует. Больной быстро охлаждается при осмотре, легко перегревается. Температура периодически «беспричинно» поднимается до субфебрильных цифр. Вследствие резкого снижения иммунитета часто обнаруживаются отит и другие очаги инфекции (пневмонии, пиелонефрит, колиэнтерит и др.), но протекающие как и при гипотрофии II степени малосимптомно. Имеются гипопластические и остеомалационные признаки рахита. При выраженном метеоризме мышцы конечностей ригидны. Отмечается резкое уменьшение массы мышц. Кривая нарастания массы тела отрицательная, больной худеет с каждым днем. Масса тела отстает на 30 % и более меньше средних показателей у детей соответствующего роста. Ребенок резко отстает в росте.

Варианты течения гипотрофии **Внутриутробная гипотрофия** - в настоящее время согласно Международной классификации болезней этот термин заменен на задержку внутриутробного развития (ЗВУР). Различают гипотрофический, гипопластический и диспластический вариант ЗВУР.

Гипостатура - более или менее равномерное отставание ребенка в росте и массе тела при несколько сниженном состоянии упитанности и тургора кожи. Эта форма хронического расстройства питания типична для детей с врожденными пороками сердца, пороками развития мозга, энцефалопатиями, эндокринной патологией. У детей с гипостатурой имеются и другие признаки хронического расстройства питания, характерные для гипотрофии II степени (трофические расстройства и умеренно выраженные признаки полигиповитаминоза на коже, диспротеинемии, ухудшение абсорбции жира в кишечнике и др.). При этом биологический возраст ребенка соответствует его росту и массе. После устранения причины гипостатуры дети догоняют по физическому развитию своих сверстников. Гипостатура обычно - патология детей второго полугодия или второго года жизни, но к сожалению в настоящее время появились дети с гипостатурой уже в первые месяцы жизни. Это дети с бронхолегочной дисплазией, тяжелыми поражениями мозга при внутриутробных инфекциях, алкогольной фетопатией, «промышленном синдроме» плода. Такие дети очень резистентны к терапии.

Квашиоркор - своеобразный вариант течения гипотрофии у детей раннего возраста в тропических странах, обусловленный питанием преимущественно растительной пищей, при дефиците животных белков. Считается, что термин квашиоркор означает «отлученный от груди», обычно из-за следующей беременности у матери. В то же время, белковой недостаточности могут способствовать также:

- * уменьшение абсорбции белка при состояниях сопровождающихся длительной диареей;
- * чрезмерные потери белка при протеинурии (нефротический синдром), инфекционных болезнях и гельминтозах, ожогах, больших кровопотерях;
- * снижение синтеза белка при хронических заболеваниях печени.

Постоянными симптомами квашиоркора являются:

- * нервно-психические нарушения (апатия, вялость, сонливость, заторможенность, плаксивость, отсутствие аппетита, отставание психомоторного развития);
 - * отеки (в начале из-за гипопротеинемии «отекают» внутренние органы, далее могут появиться на конечностях, лице, что создает ложное впечатление упитанности ребенка);
 - * уменьшение мышечной массы. вплоть до атрофии мышц и снижение трофики тканей;
 - * отставание физического развития (в большей мере роста, чем массы тела).
- Эти симптомы называют тетрадой Д.Б. Желлифа.

Частые симптомы: изменения волос (посветление, истончение, ослабление корней, что приводит к выпадению волос, волосы становятся редкими), дерматит (потемнение кожи появляется в зонах раздражения, но в отличие от пеллагры, на участках не подвергавшихся воздействию солнечных лучей, затем происходит десквамация эпителия на этих участках и остаются участки депигментации, которые могут быть генерализованными) и признаки гиповитаминоза на коже, анорексия, лунообразное лицо, анемия. диарея. У более старших детей проявлением квашиоркора может быть седея прядь волос или чередование нормального цвета волос и обесцвеченных («симптом флага»), изменения ногтей.

У всех больных детей существенно снижен иммунитет, что приводит к тяжелому течению инфекционных заболеваний. Особенно тяжело у них протекает корь, поэтому таким детям рекомендуется назначать витамин А, что приводит к снижению летальности. Нередки у них подкожные септические абсцессы, приводящие к формированию глубоких некротических язв. Для всех больных характерна интермиттирующая диарея со стулом с неприятным запахом и выраженная стеаторея. Нередки у таких детей и гельминты.

Маразм алиментарный (истощение). Встречается у детей дошкольного и школьного возраста - сбалансированное голодание при дефиците в суточном рационе белка и калорий. Постоянными симптомами маразма являются дефицит массы (ниже 60 % стандартной по возрасту массы тела), истощение мышц и подкожного жирового слоя, что делает руки больных очень тонкими, а лицо «старческим». Редкими симптомами маразма являются изменения волос сопутствующая витаминная недостаточность (чаще дефицит витаминов А, группы В), дефицит цинка, молочница, диарея, рецидивирующие инфекции.

Кожа у таких детей бледная, чешуйчатый дерматит, гиперкератоз, петехии, экхимозы, пеллагрозный дерматит, перифолликулярные кровоизлияния.

Волосы: депигментация, истончение, выпямливание, ослабление корней волос, редкие волосы.

Голова: быстрое исхудание лица, увеличение околоушных желез.

Глаза: бляшки Бито, ангулярное воспаление век, ксероз конъюнктивы и склеры, кератомалиция, вакуляризация роговицы.

Ротовая полость: хейлоз, ангулярный стоматит, глоссит, атрофия сосочков языка, изъязвление языка, разрыхление десен, состояние дентиции зубов.

Сердце: кардиомегалия, признаки энергетическо-динамической или застойной сердечной недостаточности.

Брюшная полость: выступающий живот, гепатомегалия.

Конечности: очевидное уменьшение мышечной массы, периферические отеки, койлонихии

Неврологический статус: слабость, раздражительность, плаксивость, мышечная слабость, болезненность икр, утрата глубоких сухожильных рефлексов.

Сниженная познавательная способность и работоспособность, адаптация зрения к темноте, острота вкуса, повышена ломкость капилляров.

Лечение больных гипотрофией должно быть комплексным и включать:

- * выявление причин гипотрофии попытки их коррекции или устранения;
- * диетотерапию;

- * организацию рационального режима, ухода, воспитания, массаж и гимнастику;
- * выявление и лечение очагов инфекции, рахита, анемии и других осложнений и сопутствующих заболеваний;
- * ферменто-, витаминотерапию, стимулирующее и симптоматическое лечение.

Диетотерапия - основа рационального лечения больных гипотрофией. Степень уменьшения массы тела и аппетита всегда соответствует тяжести гипотрофии из-за поражения желудочно-кишечного тракта и ЦНС. Поэтому основополагающими принципами диетотерапии при гипотрофии является трехфазное питание:

- период выяснения толерантности к пище;
- переходный период;
- период усиленного (оптимального) питания.

Большая пищевая нагрузка, вводимая рано и резко, может вызвать у больного срыв, диспепсию из-за недостаточных возможностей желудочно-кишечного тракта по утилизации пищевых веществ. Иногда у больных с гипотрофией, истощением при избыточном питании нет нарастания кривой прибавки массы тела, а уменьшение калоража приводит к ее увеличению. Во все периоды диетотерапии увеличение пищевой нагрузки должно проводиться под регулярным контролем копрограммы.

Следующими важными принципами диетотерапии у больных гипотрофией являются:

использование на начальных этапах лечения лишь легко усваиваемую пищу (женское молоко, а при отсутствии его адаптированные или частично адаптированные смеси, лучше кисломолочные : ацидофильные «Малютка», «Малыш», «Лактофидус», «Биолакт», «Бифилин»), так как у больных гипотрофией часто отмечается дисбактериоз кишечника, недостаточность кишечной лактазы;

более частые кормления (7 при гипотрофии I степени, 8 - при гипотрофии II степени, 10 кормлений при гипотрофии III степени);

адекватны систематический контроль питания (ведение дневника с отметками качества съеденной в каждое кормление пищи), стула, диуреза, количество выпитой и даваемой парентерально жидкости, солей и др., регулярный, раз в 5-7 дней расчет пищевой нагрузки по белкам, жирам, углеводам, 2 раза в неделю - копрограмма).

Период выяснения толерантности к пище при гипотрофии I степени 1-2 дня, II степени 3-7 дней и III степени - 10-14 дней. Иногда ребенок плохо переносит лактозу, иногда - белки коровьего молока. В этих случаях приходится прибегать к безлактозным смесям или «растительным» видам молока.

С первого дня лечения ребенок должен получать количество жидкости, соответствующее массе его тела. Суточный объем молочной смеси, применяемый в первый день лечения обычно дают: при гипотрофии I степени примерно 2/3, гипотрофии II степени 1/2 и гипотрофии III степени 1/3 от должного по массе тела. Калораж при этом составляет: при гипотрофии I степени - 100-105 ккал/ кг в сутки, II степени - 75-80 ккал/кг сутки, III степени 60 ккал/кг сутки, а количество белка соответственно - 2 г/кг в сутки; 1,5 г/кг в сутки, 0,6-0,7 г/кг в сутки. Необходимо, чтобы с первого же дня лечения ребенок не терял массу тела, а с 3-4 дня даже при тяжелых степенях гипотрофии начал прибавлять по 10-20 г в сутки. Недостающее количество жидкости вводят энтерально в виде глюкозо - солевых растворов (оралит, регидрон, цитроглюкосолан). При отсутствии коммерческих препаратов для регидратации можно использовать смесь, составленную из 400 мл 5% раствора глюкозы, 400 изотонического раствора натрия хлорида, 20 мл 7% раствора калия хлорида, 50 мл 5% раствора натрия гидрокарбоната. Редко (при выраженной диарее, рвоте, непроходимости желудочно-кишечного тракта) приходится использовать парентеральное питание.

Промежуточный период. В это время к основной смеси добавляют лечебные смеси (до 1/3 общего объема), т.е. смеси, в которых имеется большее количество пищевых

ингредиентов по сравнению с грудным молоком или адаптированными смесями, уменьшают количество кормлений.

Увеличение пищевой нагрузки белками, углеводами и, в последнюю очередь, жирами надо производить после расчета её и под контролем копрограммы. Повышение количества белков достигается добавлением белковых смесей и продуктов (белковый энпит, белковое молоко, обезжиренный кефир), углеводов (включение сахарного сиропа, каш), жира (жирового энпита, сливок).

Критерием эффективности диетического лечения являются: улучшение эмоционального тонуса, нормализация аппетита, улучшение состояния кожных покровов и тургора тканей, ежедневные увеличения массы на 25-30 г, восстановление утраченных навыков психомоторного развития наряду с приобретением новых, улучшение переваривания пищи (по данным копрограммы).

При переходном периоде детям начинают вводить прикормы (если это положено по возрасту и они их получали до начала лечения), но каши и овощные пюре готовят не на цельном, а на половинном коровьем молоке или даже на овощном отваре для уменьшения нагрузки лактозой и жирами.

В период усиленного питания ребенок получает при гипотрофии I степени 140-160 ккал/кг в сутки, II - III степени 160-180-200 ккал/кг в сутки. При этом белки составляют 10-15% калоража (у здоровых 7-9 %), т.е. 3,5-4 г/кг массы тела. Большие количества белка не усваиваются, а потому бесполезны, кроме того они могут способствовать метаболическому ацидозу, гепатомегалии.

Критерием эффективности диетического лечения при гипотрофии III степени также являются: улучшение эмоционального тонуса, нормализация аппетита, улучшение состояния кожных покровов и тургора тканей, ежедневные увеличения массы на 25-30 г, а не расчетные показатели диеты.

Организация ухода. Больных гипотрофией I степени при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и осложнений можно лечить на дому. Детей с гипотрофией II-III степени обязательно помещают в стационар вместе с матерью. Больной должен находиться в светлом, просторном, регулярно проветриваемом помещении. Температура воздуха в палате не должна быть ниже 24-25⁰С, но не выше 26-27⁰С, так как ребенок легко охлаждается и перегревается. При отсутствии противопоказаний к прогулкам (высокая температура, отит) следует гулять несколько раз в день при температуре воздуха не ниже -5⁰С. При более низкой температуре воздуха организуют прогулку на веранде. Осенью и зимой при прогулке кладут к ногам грелку. Очень важно создать у ребенка положительный тонус - чаще брать его на руки, следует обратить внимание на профилактику перекрестных инфекций- помещать больного в изолированные боксы, регулярно облучать палату или бокс бактерицидной лампой. Положительное влияние на течение гипотрофий оказывают теплые ванны (температура 38⁰С), которые при отсутствии противопоказаний следует проводить ежедневно. Обязательными в лечении детей с гипотрофией являются массаж и гимнастика.

Симптоматическая терапия при лечении гипотрофий зависит от клинической картины. У всех детей, больных гипотрофией, патогенетически имеется рахит, который проявляется симптомами гиперплазии остеонной ткани лишь в период усиленного питания и увеличения прибавок массы тела, поэтому после окончания периода выяснения толерантности к пище назначают УФО. Проводится также и лечение анемии, которая часто встречается при этом заболевании. Терапия симптоматических гипотрофий наряду с диетотерапией и другими методами лечения должна быть направлена прежде всего на лечение основного заболевания. Лечение гипотрофий у различных детей должно быть дифференцировано. Правильно говорят, что больных с гипотрофией не излечивают, выхаживают.

Профилактика. Важны естественное вскармливание, раннее выявление и лечение гипогалактии, правильное питание с расширением его в соответствии с возрастом,

достаточная витаминизация пищи, организация соответствующих возрасту ухода и режима, профилактики рахита. Очень большое значение имеют ранняя диагностика и правильное лечение рахита, анемий, инфекционных заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, почек, эндокринных заболеваний. Важным звеном профилактики гипотрофий являются также мероприятия, направленные на антенатальную охрану плода.

Паратрофия - хроническое расстройство питания у ребенка с массой, близкой к нормальной по его возрасту и длине тела. Основной причиной развития паратрофии является неправильное кормление ребенка с нарушением рационального соотношения между основными пищевыми ингредиентами и перекормом углеводами (избыточное количество сладких соков, чая, несколько прикормов из каш в день, злоупотребление бананами, печеньем, использование при приготовлении адаптированных смесей большого количества сухого порошка, чем положено), белками (большее количество цельного коровьего молока, творога, белкового энпита). Способствуют развитию паратрофии лимфатико-гипопластический и экссудативный диатезы, частые инфекционные заболевания, анемии.

Основными признаками паратрофии являются нервно-психические нарушения: малоподвижность, неустойчивость эмоционального статуса, вялость, малая активность. вплоть до апатии, сменяющаяся немотивированным беспокойством, плохой, поверхностный сон, отставание развития возрастных моторных навыков. Аппетит избирательный, часто пониженный. Дети выглядят рыхлыми, пастозными, кожные покровы у них бледные, суховатые, иногда с сероватым оттенком, тургор тканей и мышечный тонус - снижен, хотя подкожный жировой слой выражен достаточно или даже избыточно. Избыточный подкожный жировой слой особенно отчетлив на бедрах, животе, ручки же остаются тонкими. Характерны дефицитная анемия, клинические признаки гиповитаминозов. Из-за сниженного иммунитета при паратрофии у детей часты инфекционные процессы - особенно отиты, респираторные заболевания, поражения мочевых путей.. При любом заболевании ребенок очень быстро теряет значительный процент массы тела. Могут встречаться расстройства деятельности кишечника у детей с паратрофией: мучнистый стул наблюдается при перекорме ребенка углеводами - испражнения жидкие, имеют кислую реакцию, желтый с зеленым оттенком цвет; белковый стул отмечается при избытке в рационе продуктов, богатых белками. В кишечнике преобладают процессы гниения, что приводит к отсутствию раздражения кислотами, замедлению перистальтики, почти полному всасыванию из кишечника содержимого и воды. Испражнения необильные, имеют плотный, сухой, крошковатый вид, серо-глинистый цвет, гнилостный запах. Голодный стул скудный, сухой, обесцвеченный, комковатый, с гнилостным, зловонным запахом. Моча пахнет аммиаком. Голодный стул быстро переходит в диспептический, для которого характерны зеленая окраска.

Гиповитаминозы. Принято выделять 2 основные группы факторов, обуславливающих развитие витаминной недостаточности: экзогенные (внешние), приводящие к первичным авитаминозам и гиповитаминозам; эндогенные (внутренние).

Алиментарные (экзогенные) гиповитаминозы развиваются вследствие недостаточного поступления витаминов с пищей при длительном вскармливании одним коровьим молоком (дефицит витаминов С, группы В, РР, Д) или козьим (дефицит фолатов), позднем введении овощных прикормов, соков, при неправильном их приготовлении, недостаточном количестве фруктов и овощей (гиповитаминоз С), избытке углеводов в рационе при большом потреблении рафинированных высококалорийных продуктов - сахар, белый хлеб, кондитерские изделия (гиповитаминозы А, Д, В, С) и др.

Эндогенная витаминная недостаточность бывает: резорбционной, т.е. обусловленной частичным разрушением витаминов в пищеварительном тракте или

нарушением их всасывания; диссимиляционной, т.е. возникающей вследствие нарушения усвоения витаминов тканями.

Постановка диагноза гиповитаминозов иногда достаточно трудна, так как признаки отдельных гиповитаминозов не всегда достаточно специфичны.

Гиповитаминоз С клинически проявляется раздражительностью, одышкой, снижением аппетита, капризностью, апатией, субфебрилитетом. Отмечается петехии, экхимозы. Анемия, бледность кожи, цианоз губ, носа, ушей. У старших детей судороги в ногах, медленной заживление ран. Отеки голеней, стоп. Набухание межзубных сосочков, гингивит, кровоточивость десен, гематурия, мелена, гипотрофия.

Лечение гиповитаминоза С заключается в назначении продуктов содержащих вит. С - свежие зеленые овощи и фрукты, шиповник, цитрусовые, черная смородина, клюква. Назначение аскорбиновой кислоты в возрастных дозировках.

Гиповитаминоз А. Светобоязнь, ночная слепота - гемералопия, кератомалиция, у детей раннего возраста сухость и гнойнички на коже, сухость и тусклость волос. Частые катары верхних дыхательных путей, пневмонии, пиурии, поражение интерстиция почек, уролитиаз, гнойный отит, задержка прибавки массы тела и психо-моторного развития, анемия, апатия, гепатоспленомегалия, дефект формирования эпифизов костей и эмали зубов.

Лечение: назначаются продукты, содержащие вит. А - печень, яйца, коровье молоко, рыбий жир. Провитамина А много в шиповнике, салате, горохе, моркови, капусте, помидорах, облепихе, зеленом луке. Назначается вит. А ретинола ацетат или пальмитат в зависимости от тяжести гиповитаминоза.

Гиповитаминоз РР (пеллагра) - шершавая кожа. Характеризуется классической триадой - деменция, диарея, дерматит. Задержка развития психики, вялость, угасание сухожильных рефлексов, раздражительность, беспокойство, сменяющееся депрессией, болезненность языка, губ, анемия.

Анорексия, уменьшение массы тела, афтозный стоматит, лакированный язык, со сглаженными сосочками, склонность к атоническим состояниям кишечника(метеоризм), диспептические явления. Сухость кожи и губ, пеллагрический дерматоз.

Лечение - продукты содержащие никотиновую кислоту - дрожжи, печень, орехи, яичный желток, рыба, курица, мясо, бобовые, зеленые овощи, арахис, греча, любая белковая пища. Назначается никотиновая кислота.

Гиповитаминоз В₁ (бери-бери). Полиневриты, менингизм, судороги, кома, олигурия, анорексия, рвота, застойная сердечная недостаточность, сердечные аритмии, отеки. Спазмы мышц голени, парестезии, жжение в пальцах ног и рук, боли по ходу нервов, мышечная гипотония, пронос век, боли в животе, гипоацидный гастрит, увеличение живота, запор, склонность к рвоте, срыгиванию. Вялость, апатия, нарушение концентрации внимания, сонливость или плохой сон, задержка прибавления массы тела.

Лечение - продукты содержащие тиамин - молоко, печень, почки, яичный желток, орехи, бобовые, мясо, черный хлеб. Назначается тиамина бромид или хлорид.

Гиповитаминоз В₆. Понижение аппетита, беспокойство, раздражительность, парезы, атаксия, эпилептиформные судороги, сухой себорейный дерматит, шелушение вокруг глаз, носа, фотодерматоз, экзема, хейлоз, глоссит, тошнота, рвота, неврологические расстройства (пугливость, повышенная возбудимость, судороги, периферический неврит), гипохромная анемия, диарея, гипотрофия, задержка роста.

Лечение - продукты содержащие дрожжи, печень, мясо, почки, зерновые, бобовые, рис, арахис. Назначается пиридоксин.

Гиповитаминоз В₂. Заеды, трещины, корочки в углах рта (ангулярный стоматит), сухость, краснота или синюшность болезненность губ (хейлоз), сухой ярко красный язык с атрофированными сосочками. Дерматит век, ушных раковин. Раздражительность, слабость, парестезии, атаксия, судороги, задержка роста. Гипотрофия, анемия.

Лечение - продукты содержащие дрожжи, печень, мясо, почки, треска, скумбрия, зерновые, бобовые, рис, арахис, сыр, творог, грибы, кефир, листовые овощи.. Назначается рибофлавин.