

ГІПОТРОФІЯ У ДІТЕЙ: ПРОТОКОЛЬНЕ ТА ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ.

Сміян О.І.

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій медінституту СумДУ

Гіпотрофія – це недостатня трофіка дитини, котра проявляється зникненням підшкірної основи, порушенням пропорцій тіла, функції травлення, обміну речовин, зниженням специфічних і неспецифічних захисних сил організму, схильністю до розвитку інших захворювань, затримкою фізичного і нервово-психічного розвитку.

В своїй практичній діяльності лікарі – педіатри користуються протоколом лікування дітей з недостатністю харчування від 10.01.2005 №9 (ШИФР МКХ – 10 Е 40- Е 46)

Гіпотрофія зустрічається в різних регіонах країни у дітей раннього віку з частотою від 7 до 30%. За даними ВОЗ, в країнах, що розвиваються, білково- калорійна недостатність харчування реєструється в 20-30% дітей раннього віку.

Причиною розвитку гіпотрофії є голодування дитини. А саме: недостатнє надходження в організм дитини харчових інгредієнтів, недостатнє засвоєння тих чи інших нутрієнтів.

В патогенезі розвитку гіпотрофії виділяють фактори, які створюють умови порушення гідролізу, всмоктування і засвоєння харчових інгредієнтів і сприятливі фактори.

Клініка. *Гіпотрофія I ступеню*: загальний стан дитини задовільний, періодично спостерігається неспокій, сон з перервами, їсть жадібно. Незначна блідість шкіри. Підшкірна основа витончена на тулубі, животі. Складка шкіри на рівні пупка 0,8 – 1см. Помірно знижується еластичність шкіри і тургор тканин. Маса тіла зменшується від 10 до 20%. Індекс вгодованості знижується до 10-15 (в нормі 20-25), змінюється індекс пропорційності. Масово- ростовий коефіцієнт для доношених новонароджених дорівнює 56-60 (в нормі – більше 60). Психомоторний розвиток дітей відповідає віку. В білковому спектрі сироватки крові визначається гіпоальбумінемія, дизпротеїнемія, до 0,8 знижується альбуміново-глобуліновий(А/Г) коефіцієнт. Близько 40% дітей мають прояви рахіту I-II ступеню і 39%-анемії, переважно легкого ступеню.

Гіпотрофія II ступеню: при огляді дитини звертає на себе увагу значна втрата маси тіла, її дефіцит складає від 20 до 30%. Підшкірна жирова клітковина відсутня чи незначно розвинута на тулубі, животі, кінцівках. Шкірна складка на рівні пупка до 0,5 см. Індекс вгодованості коливається від 0 до 10. Значно змінюється індекс пропорційності. Масово – ростовий коефіцієнт від 55 до 51.

Дитина починає відставати в рості на 2-4 см. Крива маси неправильного типу. Шкіра бліда, суха, лущиться. Еластичність шкіри значно знижена, складка вирівнюється повільно. Тургор тканин і тонус м'язів значно знижений. Волосся рідке, тьмяне. У таких дітей знижений

апетит. Вони байдужі до іграшок, зовнішніх подразників. Відмічається відставання моторних функцій: дитина не тримає голову, не сидить, не стоїть, не ходить відповідно віку. Лабільність процесів гальмування і збудження, неспокійний сон. У таких дітей знижена толерантність до їжі, легко виникають диспепсичні розлади внаслідок зниження кількості і активності ферментів. Розвивається підвищена чутливість до інтеркурентних захворювань.

Більше ніж у половини констатуються прояви рахіту I-II ступеню, залізо-вітамінно-білково дефіцитні анемії легкого чи середнього ступеню тяжкості. Наростає дизпротеїнемія, ще більше знижується А/Г коефіцієнт.

Гіпотрофія III ступеню: більшість дітей знаходиться на незбалансованому штучному вигодовуванні. Дефіцит маси перевищує 30%. Підшкірна основа відсутня на животі, тулубі, кінцівках, витончена чи відсутня на обличчі. Останнє трикутної форми, зморщене. Виражає страждання. Ріст відстає більше, ніж на 4 см.

Індекс вгодованості негативний. Індекс пропорційності неправильний. Масово-ростовий коефіцієнт менший за 51. У всіх дітей поганий апетит чи анорексія. Вони в'ялі, активні рухи обмежені, не цікавляться тим, що їх оточує. Крива маси плоска. У 1/3 хворих спостерігається диспепсичний синдром: зригування, нечасте блювання, діарея чи закрепи, метеоризм. Шкіра блідо – сірого кольору, суха, лущиться, в ділянках природних згинів пігментована, її еластичність втрачена, складка на рівні пупка до 0,2 см. Тургор тканин різко знижений, тонус м'язів підвищений. Дихання поверхневе. Тони серця приглушені, схильність до брадикардії. Артеріальний тиск знижений. Температура тіла знижена до 34-35°C. Живіт збільшений в розмірах, передня стінка витончена, візуалізується перистальтика кишечника.

У більшості хворих спостерігаються прояви рахіту I-II ступеню і анемія змішаного генезу легкого чи середнього ступеню тяжкості. Дитина відстає в психомоторному розвитку. Різко порушений обмін речовин. Імунологічна резистентність пригнічена. Діагностується дизбактеріоз II-III ступеню. Термінальний період характеризується гіпотермією, брадикардією.

Лабораторні дослідження

а) обов'язкові :

- аналіз крові (рівень еритроцитів, гемоглобіну, ШОЕ)
- клінічний аналіз сечі (питома вага, протеїнурія, лейкоцитурія)
- аналіз калу на копрограму (нейтральний жир, слиз, неперетравлена клітковина, тощо)
- аналіз калу на дисбактеріоз (1 раз на 6 міс., за показаннями – зменшення вмісту біфідо-, лактобактерій, поява умовно-патогенних бактерій у діагностичній кількості - $> 10^4$)

б) при необхідності :

- імунограма (у дітей, що часто хворіють)
- біохімічні (рівень електролітів, загального білку, альбуміну, тощо)

- генетичні (згідно призначення генетика)

- тощо

в) інструментальні дослідження:

- ультразвукове обстеження черевної порожнини – для скринінг-діагностики

- фіброезофагогастродуоденоскопія проводиться з метою діагностики, особливо у дітей зі зриванням або блювотою.

Лікування

1. Усунення факторів, котрі призвели до кількісного і якісного голодування;

2. Організація адекватного режиму, догляду, виховання.

3. Організація етапного харчування хворих.

4. Замісна терапія.

5. Корекція захисних сил організму.

6. Лікування супутніх захворювань.

Оптимальний режим

- температура в приміщенні – 24-25 °С;

- провітрювання;

- вологе прибирання – 2 рази на день;

- прогулянки на свіжому повітрі, взимку при температурі не вище - 5 °С;

- при гіпотрофії I ступеню – лікування вдома;

- при гіпотрофії II-III ступеню – в умовах стаціонару

Проводиться щотижневий або щодакдний контроль збільшення маси тіла. Контроль і аналіз фактичного харчування один раз на 7-10 днів.

Розрахунок харчування проводиться

- при гіпотрофії I ступеню – на належну вагу

- при гіпотрофії II ступеню - білків та вуглеводів на належну вагу, а жиру тільки на фактичну вагу

- при гіпотрофії III ступеню - білків та вуглеводів на приблизно належну вагу (фактична вага + 20 % від неї), а жиру тільки на фактичну вагу.

Замісна терапія. Ферменти: шлунковий сік, соляна кислота з пепсином, панкреатин, абомін, мезим – форте, креон, пангрол.

Нормалізація кишкової мікрофлори: біфідумбактерин, лактобактерин, біфіформ, лінекс, ацидофілюс від 2 до 4 тижнів. Добре себе зарекомендував препарат Біфіформ БЕБІ, який використовують з метою профілактики функціональних розладів харчування, відновлення та нормалізації мікрофлори кишечника у дітей з перших днів життя.

Нормалізація обмінних процесів: вітаміни А, Е, С, групи В чи комплексні препарати – мультитабс, піковіт чи інш. Курс лікування – 1 міс.

Апілак в свічках по 0,0025г 2- 3 рази на день новонародженим і по 0,005г 3 рази в день дітям до 1 року. Курс лікування 14 днів. Оротат калію по 20 мг/кг маси за добу 2 тижні.

- фізіотерапія (електрофорез, парафін на ділянку живота).

- масаж загальний, №20

Тривалість стаціонарного лікування в середньому – 28 – 30 днів.

Диспансерний нагляд

З обліку знімають через 6-8 тижнів після досягнення фізичного та нервово-психічного розвитку згідно з віком дитини

Огляд педіатром –1-й міс. 5 разів (обов'язковий контроль ваги та інших антропометричних показників), далі 1 раз на місяць.

Огляд спеціалістів (невролог, хірург, ортопед) 1 раз на рік та за показами.

Профілактика

1. Антенатальна профілактика (попередження патологічного перебігу вагітності і пологів)
2. Раннє виявлення гіпогалакції у матері хворої дитини.
3. Збереження природного вигодовування.
4. Організація правильного догляду і режиму дитини грудного віку.
5. Профілактика рахіту, анемії.