


# Гипотрофия

# *Гипотрофия-*

хроническое расстройство питания, обусловленное недостаточным поступлением в организм питательных веществ или нарушением их усвоения и характеризующееся снижением массы тела. Происходит задержка физического и психического развития, снижение иммунитета.





Встречается преимущественно у детей до двух лет, чаще первого года жизни. По времени возникновения делятся на *врожденные* и *приобретенные*.

**Врожденные** гипотрофии могут быть обусловлены патологическим течением беременности, сопровождающимся нарушением кровообращения в плаценте, внутриутробным инфицированием плода; заболеваниями самой беременной, неправильным ее питанием, курением и употреблением алкоголя, возрастом (моложе 18 или старше 30 лет), воздействием производственных вредностей.



# Приобретенная гипотрофия

может быть вызвана недокармливанием, затруднением сосания, связанного с неправильной формой сосков или при тугой молочной железе; недостаточным количеством молочной смеси при искусственном вскармливании, качественно неполноценным питанием; частыми болезнями ребенка, недоношенностью, родовой травмой, пороками развития, нарушением кишечного всасывания при многих заболеваниях обмена веществ, патологией эндокринной системы (сахарный диабет и др.).



# *Причины гипотрофии:*

## Экзогенные причины:

- Алиментарный (недокорм, перекорм, одностороннее вскармливание )
- Инфекционная (острые инфекции, напр. сепсис)
- Токсическая (отравления, ожоги, цитостатики)
- Социальный фактор (дефект воспитания, низкий социальный уровень семьи)

## Эндогенные причины

- Аномалии конституции
- Эндокринные и нейроэндокринные расстройства (аномалии вилочковой железы, гипотериоз, аденогенитальный синдром)
- Пороки развития органов
- Нарушение всасывания в кишечнике (недостаточный дисахаридоз)
- Нарушения обмена веществ



Симптомы и течение. Зависят от выраженности гипотрофии. В связи с этим различают гипотрофию *I*, *II* и *III* степени.

### Гипотрофия





**I степень:** толщина подкожной клетчатки снижается на всех участках тела, кроме лица. В первую очередь истончается на животе. Дефицит массы составляет 11 - 20 процентов. Прибавка в весе замедляется, рост и нервнопсихическое развитие соответствуют возрасту. Самочувствие обычно удовлетворительное, иногда отмечается расстройство аппетита, сна. Кожа бледная, тонус мышц и эластичность тканей немного ниже нормы, стул и мочеиспускание обычные.



**II степень:** подкожная клетчатка на груди и животе почти исчезает, на лице значительно истончается. Ребенок отстает в росте и нервно-психическом развитии. Нарастает слабость, раздражительность, значительно ухудшается аппетит, падает подвижность. Кожа бледная с сероватым оттенком, тонус мышц и эластичность тканей резко снижены. Нередко имеются признаки витаминной недостаточности, рахита, дети легко перегреваются или переохлаждаются. Печень увеличивается, стул неустойчив (запоры сменяются поносами), изменяется его характер (цвет, запах, консистенция) в зависимости от причины гипотрофии.



**III степень:** наблюдается в основном у детей первых 6 месяцев жизни и характерна резким истощением.

Подкожная клетчатка исчезает на всех участках тела, иногда сохраняется очень тонкий слой на щеках. Дефицит массы превышает 30 %. Масса тела не возрастает, иногда прогрессивно убывает. Рост и нервно-психическое развитие подавлены, нарастает вялость, замедлены реакции на различные раздражители (свет, звук, боль). Лицо морщинистое, "старческое". Глазные яблоки и большой родничок западают. Кожа бледно-серого цвета, сухая, кожная складка не расправляется. Слизистые оболочки сухие, ярко-красного цвета; эластичность тканей почти утрачена. Дыхание ослаблено, иногда возникают его нарушения. Ритм сердечных сокращений урежен, артериальное давление снижено; живот втянут или вздут, отмечаются запоры, изменение характера стула. Мочеиспускание редкое, мочи мало. Температура тела ниже нормальной, легко наступает переохлаждение. Часто присоединяется инфекция, которая протекает без выраженных симптомов. При отсутствии лечения ребенок может погибнуть.



**Лечение** больных должно быть комплексным и включает мероприятия, направленные на устранение или коррекцию причинно-значимых факторов, диетотерапию, назначение общеукрепляющих процедур, ферментов и симптоматических средств, ликвидацию очагов инфекции, витаминотерапию. Во всех случаях при назначении диеты необходимо выяснить толерантность к пище. В период усиленной пищевой нагрузки нужен копрологический контроль.

При **гипотрофии I степени** количество белков и углеводов обычно рассчитывают на 1 кг массы тела, должен соответствующей по возрасту, а жиров — на 1кг существующей массы тела.

При **гипотрофии II степени** установление толерантности к пище проводят в течение 3—5 дней. Назначают, как правило, грудное молоко или кислые смеси(кефир, ацидофильная «Малютка», биолакт и др.).Расчет вначале ведут на существующую массу тела ребенка, затем на приблизительно долженствующую(существующая +20) и лишь потом на долженствующую. С 3-4-го дня постепенно увеличивают белковую нагрузку, затем углеводную и в последнюю очередь жировую.

При гипотрофии III степени предпочтительно диетотерапию начинать с введения грудного молока каждые 2 ч по 20-30 мл. Доведя количество пищи до 50 мл, уменьшают число кормлений. Порядок увеличения нагрузки белками, углеводами и жирами такой же, как и при гипотрофии II степени, но более постепенный. Толерантность к пище выясняется в течение 2 нед.

При гипотрофии II и III степени недостающее количество жидкости, питательных веществ и электролитов вводят в/в капельно: 5—10% раствор глюкозы, изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера, белковые гидролизаты, альбумин, протеин и др. (альбумин 3-5 мл/кг; гемодез до 15 мл/кг, но не более 200 мл; реополиглюкин 3—8 мл/кг). Показано проведение инсулин-глюкозотерапии (п/к 1 ЕД инсулина на 5 г вводимой глюкозы). Лечение гипотрофии II III степени необходимо проводить в стационаре.

При наличии очагов инфекции назначают антибиотики (избегать нефро-, гепато- и ототоксичных препаратов), при необходимости проводят хирургическое вмешательство. Широко используют ферментотерапию, витаминотерапию. Из стимулирующих средств назначают апилак, гамма-глобулин, альбумин, плазму, трансфузии крови. В ряде случаев целесообразно применять анаболические гормоны (ретаболил 1 мг/кг 1 раз в 2 нед и др.). Показаны массаж и ЛФК, пребывание на свежем воздухе.



# Лекарственная терапия



- *Ферменты*:панكريатин, фестал, пепсин, панзинорм
- *Повышающие аппетит*:апилак, дибазол.
- *Анаболические стероиды*:ретаболил, перабон
- *Препараты парентерального питания*:жировые эмульсии, солевые растворы, раствор глюкозы.
- *Препараты при дисбактериозах кишечника*: колибактерин, бификол, линекс, йогурлак, дюфалак.
- *При пренатальной дистрофии*:седативные средства
- *Гормональные препараты*:тиреоидин, инсулин.



Большое значение имеет правильный уход за ребенком (регулярные прогулки на свежем воздухе, предупреждение застойных явлений в легких - чаще брать ребенка на руки, переворачивать; при охлаждении класть к ногам грелку; тщательный уход за полостью рта).

Прогноз при гипотрофии первой степени благоприятный, при третьей степени – смертность составляет 30-50 процентов

