Тема: Дистрофии у детей (хронические расстройства питания).

 Дистрофии - патологические состояния, которые характеризуются не только изменением показателей физического развития, но и нарушением функционально-морфологического состояния внутренних органов и систем, нарушением обменных процессов, иммунитета, вследствие недостаточного или избыточного поступления или усвоения питательных веществ.

 Нормотрофия (эйтрофия) - термин предложил Тур. Подразумевает следующее: ребенок с чистой, розовой, бархатистой кожей, нормальным тургором, равномерным распределением подкожно-жировой клетчатки, без признаков нарушения внутренних органов и систем, нормальными показателями физического, моторного, психического развития, редко болеющий, легко переносящий инфекционные заболевания, отличается хорошим аппетитом и положительным эмоциональным тонусом.

 Гипоплазия - термин предложил Сперанский. Включает в себя следующее: нормальный здоровый ребенок, который укладывается в понятие эйтрофии, но маленького роста. Подчеркнем, что это норма, а не патология (дети-дюймовочки).

 Дистрофия - понятие собирательное. Варианты дистрофий:

 Дети первых двух лет жизни:

1. Дистрофия типа гипотрофии - отставание массы в сравнении с ростом.
2. Дистрофии типа паратрофии - избыток массы по отношению к росту.

 Старшие возраста:

1. Дистрофия типа ожирения (тучность).

 В развитых странах преобладает паратрофия, в развивающихся - гипотрофия.

Рассмотрим подробно каждый вариант дистрофии:

1. **Паратрофии**. Причины: перекорм - основная причина. Перекорм наблюдается, как правило, за счет избыточного введения в питание углеводов: злоупотребление кашей (например, на все кормления ребенку дают манную кашу на молоке), неграмотная готовка молока, бесконтрольное введение творога и сливок. **Патогенез**: углеводы в большем количестве поступают в пищеварительный тракт, что ведет к повышенной активности выработки ферментов. Повышенная выработка ферментов приводит к тому, что часть углеводов резорбируется, а часть углеводов включается в цикл Кребса, в результате чего углеводы перерабатываются в жир. Затем с пищей снова поступает большее количество углеводов, а возможность ферментативной системы ограничена. Это приводит к тому, что часть углеводов не усваивается и поступает в кишечник, где образуются органические кислоты, углекислый газ, вода. В кишечнике идет переработка их микроорганизмами, что приводит к процессам брожения. **Клиника**: равномерная избыточная масса тела, бродильная диспепсия, вздутие живота, умеренно выраженный токсикоз за счет всасывания органических кислот, дисбаланс по углеводам и белкам в сторону повышения углеводов. Снижение количества белка приводит к дефициту иммунологического статуса, следовательно, эти дети склонны к развитию интеркурентных инфекций. Дети малоподвижны, повышено отложение подкожного жира, кожные покровы бледные, так как присутствуют симптомы анемии, признаки мышечной гипотонии, симптомы рахита, приглушенность тонов сердца, систолический шум, отставание в моторном развитии. Отметим, что у этих детей закладываются дополнительные жировые клетки, что заставляет включить их в группу риска по развитию эндокринной патологии, манифест которой происходит в предпубертатном и пубертатном периоде. **Подходы к лечению**:
2. коррекция питания
3. сбалансирование питания
4. нормализовать режим дня ребенка
5. массаж
6. лечебная гимнастика
7. прогулки
8. бифидум-бактерин, лактобактерин, так как имеется дисбактериоз
9. витамины, адаптогены так как есть дисбаланс в иммунном статусе
10. прочая симптоматическая терапия (например, если есть симптомы анемии, то дают препараты железа)
11. Гипотрофия. Термин введен в 1900 году. Классификация:

 По происхождению:

1. врожденные
2. **пренатальная**
3. **внутриутробная**. Симптомы внутриутробной гипотрофии могут быть у недоношенных детей и встречаются в 30% случаев: масса тела не соответствует срокам гестации. Кроме того, внутриутробная гипотрофия может быть у доношенных детей (15-18%), а также у переношенных детей.
4. **нейродистрофия**. В основе этой гипотрофии лежит внутриутробное страдание структур мозга, которые отвечают за трофику, то есть в основе - различной степени выраженности нейродистрофический процесс нейросекреторных субстанций основания мозга плода. Причины: 1. Токсикоз беременности, в результате которого могут происходить структурные нарушения плаценты, что ведет к нарушению маточно-плацентарного кровообращения, в результате чего страдает трофика плода. 2. Угроза прерывания беременности; 3. Преждевременная отслойка плаценты; 4. Кровотечение; 5. Неправильное питание беременной женщины; 6. Профессиональные вредности; 7. Психологический микроклимат;8. Возраст первородящей (юная или пожилая первородящая); 9. Кровнородственные браки; 10. Внутриутробные инфекции - цитомегаловирус, герпес, краснуха, токсоплазмоз, и др.; 11. Пороки сердца и другая тяжелая соматическая патология у матери.
5. Приобретенные. В основе могут лежать врожденные факторы, но сказываются они на состоянии питания только после рождения ребенка. Приобретенные гипотрофии в зависимости от причин делят на 2 большие группы:
6. Экзогенные
7. Эндогенные:
8. первичные - гипотрофии, в основе которых лежат наследственные заболевания пищеварительного тракта.
9. Вторичные - это гипотрофии, в основе которых лежат дефекты развития других систем, исключая пищеварительную систему.

Диагностика гипотрофий:

1. Анамнез
2. Выявление симптомов гипотрофии при обследовании: непропорциональность тела ребенка, так как имеется равномерное истончение подкожножирового слоя; выраженность костных образований: выпирают ребра, суставы; складчатость кожи в области головы, ягодиц, за счет того, что не выражен подкожножировой слой; антропометрические индексы отклонены от нормы.
3. Отклонения со стороны внутренних органов и систем: симптомы изменения со стороны ЦНС - повышенная нервно-мышечная возбудимость, нарушение сна, снижение выраженности врожденных рефлексов (сосание, глотание, и проч.), склонность к переохлаждению, тремор конечностей. Изменения со стороны пищеварительной системы: склонность к частым срыгиваниям, рвоте, разжиженному стулу, нарушению акта сосания (ребенок плохо берет грудь). Изменения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы: бради - или тахикардия, нарушение глубины дыхания, склонность к развитию пневмонии.

 Формы врожденных гипотрофий:

1. Невропатическая - **нормальное развитие в росте, дети не отстают в психическом развитии, моторике, но у них не обычный негативизм к пище, то есть, нет чувства голода**. Кроме того, у этих детей повышенная нервная возбудимость, неадекватная реакция на раздражители, повышенная раздражимость.
2. Нейродистрофическая - негативизм к пище, повышенная нервная возбудимость, неадекватная реакция на раздражители, повышенная раздражимость, **отставание в росте и в психомоторном развитии**. Отметим, что компьютерная томография и ЯМРТ головного мозга отклонений от нормы не выявляет. В неврологическом статусе (патологические рефлексы и пр.) отклонений нет.
3. Нейроэндокринная - отличается от всех гипотрофий тем, что преобладает отставание в росте, а не в массе тела.
4. Энцефалопатическая - широко представлена неврологическая симптоматика: полнейшая толерантность к пище, полное отсутствие реакции на окружающих, нет сосательных рефлексов.

Лечение:

1. Подобрать диету, но необходимо полностью исключить насильственное кормление. Индивидуализировать питание, нормализовать режим.
2. Медикаментозное лечение: препараты, вмешивающиеся в трофику: церебролизин, глютаминовая кислота. К вышеуказанным препаратам добавляют ретаболил и другие анаболики. Кроме того, применяют апилак в свечах для повышения аппетита.
3. Лечебная физкультура - массаж, лечебная гимнастика.

 К сожалению нейроэндокринная и энцефалопатическая гипотрофии крайне мало перспективны в отношении лечения.

**Экзогенные приобретенные гипотрофии.**

Причины:

1. алиментарные факторы: недоедание ребенка
2. инфекционные заболевания, в первую очередь кишечные инфекции; другие инфекции, особенно тяжелой степени тяжести, также могут вызывать данный вид гипотрофии.

 **Эндогенные приобретенные первичные гипотрофии.**

 Причины:

1. Функциональная патология пищеварительного тракта - ахалазия, халазия кардии (спазм или недостаточность), пилороспазм, дуоденоспазм. Учитывая вышесказанное, дети будут страдать обильными срыгиваниями и рвотой, в результате чего у ребенка возникнет недостаточное поступление пищи в организм.
2. Анатомические пороки развития - короткий пищевода, пилоростеноз, дуоденостаз, незавершенный поворот кишки. Анатомические пороки развития будут проявляться симптомами рецидивирующей верхней или нижней кишечной непроходимости: рвота, поносы, могут наблюдаться запоры с каловой интоксикацией.
3. Ферментопатии: муковисцидоз, дисахаридазная недостаточность и др.

 **Эндогенные приобретенные вторичные гипотрофии**.

 Причиной являются любые анатомические пороки различных органов и систем, исключая пороки ЖКТ. Например, при врожденном пороке сердца у ребенка наблюдается гипоксия органов и тканей.

 Таким образом, прежде чем лечить приобретенную гипотрофию, необходимо выявить причину, вызвавшую данную патологию и устранить ее, и только потом применяется диетотерапия. Диетотерапия стоит на первом месте, если есть алиментарная гипотрофия. При наличии гипотрофии применяется следующая схема диетотерапии: 1 ст. Гипотрофии (дефицит массы 15%) - коррекция питания. При 2 и 3 ст. гипотрофии применяется этапное вскармливание:

 1 этап - разгрузочный: дается в течение недели меньший объем пищи

 2 этап - минимальное вскармливание, объем пищи доводится до положенного в течение одного месяца.

 3 этап - повышенный калораж - в течение одного месяца вводим прикорм.

 4 этап - физиологическое вскармливание.