

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Волкова М.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Расстройства питания – патологические состояния, развивающиеся в результате недостаточного или избыточного поступления и/или усвоения питательных веществ. Расстройства питания характеризуются нарушением физического развития, метаболизма, иммунитета, морфофункционального состояния внутренних органов и систем организма.

В МКБ 10 дефицит питания обозначается термином белково-энергетическая недостаточность (БЭН).

Согласно МКБ -10, в группу расстройств питания включены следующие рубрики:

E40–46 – белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия: пренатальная, постнатальная).

E50–64 – другие недостаточности в питании (недостаточность витаминов и микроэлементов).

E65–68 – ожирение и другие виды избыточности питания.

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) – алиментарнозависимое состояние, вызванное преимущественным белковым и/или энергетическим голоданием достаточной длительности и/или интенсивности. БЭН проявляется комплексным нарушением гомеостаза в виде изменения основных метаболических процессов, водно-электролитного дисбаланса, изменения состава тела, нарушения нервной регуляции, эндокринного дисбаланса, угнетения иммунной системы, дисфункции ЖКТ и других органов и их систем. Воздействие БЭН на активно растущий и развивающийся детский организм особенно неблагоприятно. БЭН вызывает существенную задержку физического и нервно-психического развития ребёнка, вследствие чего возникают нарушения иммунологической реактивности и толерантности к пище [1].

Цель исследования - оценить клинические особенности белково-энергетической недостаточности у детей, находящихся на стационарном лечении в детской областной клинической больнице.

Материалы и методы. Под наблюдением в УЗ «ГОДКБ» находилось 95 детей с БЭН в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Основную массу пациентов составили дети раннего возраста. В возрасте до 1 года было 85,3% детей; 1-3 года – 9,3%; 4-6 лет – 1,1%; 7-11 лет – 1,1%; 12-17 лет – 3,2% детей. С БЭН: I степени было 24 (25,3%) ребенка; II степени – 41 (43,2%); III степени – 30 (31,5%) детей. По половому составу группы не отличались.

Дети были направлены на стационарное лечение по поводу различных заболеваний: заболевания органов дыхания отмечались у 46 % пациентов, заболевания желудочно-кишечного тракта – у 26%, заболевания центральной и периферической нервной системы – у 16%, заболевания сердечно-сосудистой системы – у 7%, заболевания почек – у 5% пациентов.

Причинами БЭН являлись алиментарные погрешности – у 15,8% детей; целиакия – у 8,4% пациентов; ферментопатии – у 6,3% детей; мальабсорбция и лактазная недостаточность – у 5,3% пациентов соответственно. Пищевая аллергия выявлена у 31,6% пациентов.

Всем детям проводили комплекс клинических и параклинических обследований, включающий ОАК, ОАМ, БАК, исследование уровня аглиадиновых антител, уровень IgE, гликемическую кривую с молоком, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, копрологическое исследование.

Результаты. В результате проведенных обследований выявлены: анемия легкой степени у 49,5% детей; анемия средней степени – у 8,4% детей; тяжелой степени – у 1,1% пациентов. При биохимическом исследовании крови у 24,4% пациентов выявлено снижение общего белка, у 4,2% – увеличение общего белка, в 49,5% случаев показатель был в пределах возрастной нормы. У 20% пациентов абсолютное число лимфоцитов было понижено, что характерно для тяжелой белково-энергетической недостаточности. У 80,0% детей абсолютное число лимфоцитов было в пределах нормы.

Все пациенты получали лечебное питание. Дети 1 года жизни в 13,6% случаев получали смесь Альфаре, смесь Фрисопеп и Беллакт Соя – в 7,4% случаев; смесь Беллакт ГА получали 5,3% детей.

Детям старше 1 года назначалась гипоаллергенная диета,

безмолочная диета или аглиадиновый стол, в зависимости от причины белково-энергетической недостаточности. Кроме этого, пациенты получали медикаментозное лечение: ферментные препараты – в 82,1% случаев; пробиотики – в 52,6%; карнитина хлорид – в 36,9%; антибиотики – в 36,8%; инфузионная терапия и парентеральное питание проводились у 49,5% пациентов.

За время пребывания в стационаре все дети прибавили в массе тела. Среднесуточная прибавка массы тела у детей до 1 года с БЭН I степени составила 7 г/кг, с БЭН II степени – 9 г/кг, с БЭН III степени – 7 г/кг.

С улучшением выписано 96,8% пациентов.

Средний койко/день составил: для пациентов с БЭН I степени – $10,1 \pm 2,2$; БЭН II степени – $17,3 \pm 3,1$; БЭН III степени – $36,4 \pm 5,6$.

Выводы.

1. В педиатрический стационар чаще всего дети поступают с БЭН II степени.

2. БЭН встречается с одинаковой частотой у девочек и у мальчиков.

3. Наиболее частыми причинами БЭН являлись алиментарные погрешности, синдром нарушенного всасывания, ферментопатии, целиакия.

4. Во время пребывания в стационаре все пациенты получали комплексное лечение, после проведения которого 96,8% детей выписаны с улучшением.

5. Длительность лечения в стационаре зависит от тяжести БЭН.

Литература

1. Скворцова, В.А. Нарушения питания у детей раннего возраста / В.А. Скворцова О.К. Нетребенко Т.Э. Боровик // Лечащий врач. - 2011. - № 1. – С. 16-20.

ОСОБЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО РЕАКТИВНОГО ГЕПАТИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Волкова М.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Неспецифический реактивный гепатит – вторичный гепатит, отражающий реакцию печеночной ткани на внепеченочное