тотоксических реакций ЛС существенно осложняет возможность их предотвращения. При назначении практически любого медикаментозного средства надо иметь в виду возможность развития лекарственного поражения печени.

Литература:

1. Белоусов, Ю.Б. Лекарственные поражения печени, ассоциируемые с макролидами. Очевидна ли связь? /Ю.Б. Белоусов // РМЖ. – 2011. – Т. 18. – С. 1118-1121.
2. Давыдова, В.М. Лекарственные поражения печени у детей / В.М. Давыдова, Г.Ш. Мансурова //Практическая медицина. – 2012. -№3. - С. 12-16.
3. Жолобова, Е.С. Гепатотоксичность нестероидных противовоспалительных препаратов / Е.С. Жолобова, О.Ю. Конопелько, З.В. Гешева // Педиатрия. – 2009. -№ 5. – С. 155-60.
4. Ивашкин, В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Издат. дом "М-Вести", 2005; 536 с.
5. Ковтун, А.В Лекарственно-индуцированные поражения печени. Диагностика и лечение /А.В. Ковтун [и др.] // Гастроэнтерология. – 2011. - № 2. –С. 35-41.
6. Подымова, С.Д. Болезни печени / С.Д. Подымова //М.: Медицина, 1998, С. 246–264.

НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Волкова М.П.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней*

Вследствие возросшей встречаемости и распространенности анорексии и булимии у детей и подростков для педиатров является важным знакомство с ранней диагностикой и адекватным лечением этих расстройств питания. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что количество детей и подростков с расстройствами питания прогрессивно возрастает, начиная с пятидесятых годов прошлого столетия. За последние 20 лет распространенность ожирения среди детей в возрасте от 6 до 11 лет увеличилась вдвое (с 7 до 13%), а среди подростков от 12 до 19 лет – почти в 3 раза (с 5 до 14%) [1]. Также растут нездоровые тенденции к диете и снижению массы тела. Возрастает количество нарушений массы тела во все более раннем возрасте [2, 3]. Повышается количество нарушений питания в тех странах, которые ранее не сталкивались с этой проблемой. Имеется также большое количество лиц с легкими формами заболевания, которые не соответствуют всем критериям для нервной анорексии или нервной бу-

лимии, но которые, тем не менее, испытывают физические и психологические последствия расстройств питания.

Педиатр первичного звена медицинской помощи занимает уникальное положение, позволяющее рано диагностировать расстройства питания и предотвратить их прогрессирование на ранних стадиях болезни. Первичная и вторичная профилактика включает необходимость скрининга расстройств питания, измерения роста и веса, как рутинной части мероприятий ежегодного наблюдения.

Необходимо уделять пристальное внимание выявлению ранних симптомов расстройств питания. Раннее распознавание и лечение расстройств питания может предотвратить физические и психические последствия нарушений пищеварения, которые приводят к прогрессированию заболевания на поздней стадии. Скрининговые вопросы относительно удовлетворенности внешним видом своего тела должны задаваться всем детям препубертатного возраста и подросткам. Вес и рост должно определять регулярно. Полученные данные относительно роста и веса должны вноситься в педиатрические карты роста, для того чтобы определить их задержку, связанную со сниженным употреблением нутриентов.

Индекс массы тела (ВМІ), который сравнивает вес с ростом – полезное измерение которое может выявить такие расстройства. ВМІ вычисляется: масса тела в килограммах / (рост в метрах квадратный).

Современные карты роста позволяют определить и отслеживать изменения в росте, весе и ВМІ относительно возрастных и популяционных норм.

Каждое проявление неадекватной диеты, необычное уменьшение роста и веса требует внимания, так же, как задержка роста и веса у растущих детей. В каждом из упомянутых случаев, при возможных нарушениях питания необходимо наблюдение каждые 1 - 2 недели, прежде чем ситуация прояснится. Множеством исследований доказано, что многие девочки-подростки обеспокоены избыточным весом и многие неадекватно питаются.

У большинства этих детей и подростков расстройства питания отсутствуют. С другой стороны известно, что пациенты с расстройствами питания стремятся скрыть свою болезнь, и обычно никакие специфические симптомы не выявляются. Простое отрицание подростками наличия симптомов не исключает возможности расстройств питания. Поэтому будет мудро со стороны педиатра при наличии подозрений на расстройства питания, работать совместно со специалистом опытным в отношении нарушений питания. Кроме того, опрос родителей может помочь идентифицировать ненормальное отношение к еде или нарушения поведения, хотя родители иногда тоже могут их отрицать.

Невозможность диагностировать заболевание на ранней стадии, повышает тяжесть заболевания, приводит к дальнейшей потере массы при анорексии или повышает количество случаев обжорства и очищения в слу-

чае нервной булимии, что затрудняет лечение расстройств питания. В том случае, если подросток обращается к педиатру из-за беспокойства родителей, друзей или школьного персонала проявлениями пищевых нарушений, высока вероятность, что подросток действительно имеет нарушения питания, в начальную фазу или фазу разгара заболевания.

Педиатр обязан воспринимать эту ситуацию очень серьезно и не поддаваться фальшивому чувству безопасности, если подросток отрицает все симптомы.

Начальная оценка состояния здоровья у детей и подростков с подозрением на нарушения питания включает: верификацию диагноза, определение тяжести состояния, включая медицинский статус и состояние пищеварения; проведение начальной психологической оценки. Каждый из этих начальных шагов может быть проведен на уровне первичного педиатрического звена.

При нервной анорексии отмечаются:

- Выраженный страх стать толстым или набрать вес, даже если вес ниже нормы.
- Отказ поддерживать вес на минимально нормальных или более высоких соответственно возрасту и росту (например, потеря веса до < 85% от ожидаемой у ребенка находящегося в периоде роста).
- Нарушение восприятия своего тела, неадекватное влияние веса на самооценку или отказ осознать серьезность имеющегося низкого веса.
- Аменорея или отсутствие, по крайней мере, трех последовательных менструальных циклов (менструации, которые индуцируются эстрогенами, считаются аменореей).

При нервной булимии регулярные эпизоды обжорства, характеризуются:

- Съедание большего количества пищи в короткий промежуток времени (например, за 2 часа), чем в состоянии съесть большинство людей в сходных обстоятельствах за то же время.
- Чувство утраты контроля за едой во время обжорства.
- Неадекватные компенсаторные механизмы предотвращения набора веса, такие как самоиндуцированная рвота, применение слабительных, диуретиков, пост или усиленные физические упражнения.
- Обжорство или неадекватное компенсаторное поведение в среднем по крайней мере, дважды в неделю, в течение минимум 3 месяцев.

Педиатр должен знать, что пациенты с неклассифицированными расстройствами питания требуют такого же внимания, как и те, которые соответствуют критериям анорексии и булимии. Пациент, который быстро потерял вес, но не полностью отвечает критериям, так как потеря веса не ниже 15% по его весу, может быть физически и психически более поражен, чем пациент с более выраженным дефицитом массы. Это относится и к растущим детям, у которых не удастся обнаружить соответствующий темп

набора роста и веса, который демонстрирует выраженность явлений недоедания.

Дифференциальный диагноз расстройств питания необходимо проводить со злокачественными новообразованиями, опухолями центральной нервной системы, воспалительными заболеваниями кишечника, целиакией, гипертиреозом, гипопитуитаризмом, Аддисоновой болезнью, депрессией, психиатрическими заболеваниями, другими хроническими заболеваниями и хроническими инфекциями, синдромом верхней брыжеечной артерии (может так же быть следствием нарушений питания).

Клинические проявления вследствие ограничения калорийности:

– Кардиоваскулярные проявления. Электрокардиографические изменения: низкий вольтаж; синусовая брадикардия (вследствие недоедания); инверсия Т волны; депрессия сегмента ST (от электролитного дисбаланса). Пролонгированный корректированный интервал QT не часто, но может предрасполагать к внезапной смерти. Аритмии, включая суправентрикулярную и вентрикулярную тахикардию с нагрузкой и без неё. При тяжелом истощении может наблюдаться перикардальный выпот. Все сердечные осложнения обратимы и проходят по мере набора веса.

– Гастроинтестинальная система: замедление опорожнения желудка, слабая гастроинтестинальная моторика; запор; вздутия, чувство переполнения; гиперхолестеринемия (вследствие аномального метаболизма липопротеидов); патологические результаты функции печени (вероятно вследствие жировой инфильтрации). Все изменения обратимы с набором веса.

– Почечные: повышение концентрации азота мочевины в крови (от дегидратации, снижения клубочковой фильтрации) повышенный риск камней в почках; полиурия (вследствие аномальной секреции вазопрессина, редко частичный несахарный диабет). Общее снижение содержания хлора и калия, вызванное голоданием.

– Гематологические: лейкопения; анемия; дефицит железа; тромбоцитопения

– Эндокринные: синдром эутиреоидной слабости, аменорея, остеопения.

– Неврологические: кортикальная атрофия, судороги.

Педиатр не часто встречается с большинством этих осложнений у пациентов со вновь установленным диагнозом. Тем не менее, рекомендуется, чтобы было проведено начальное лабораторное обследование, включающее развернутый анализ крови, электролиты, функции печени, анализ мочи и определение тиреоидных гормонов. Другие тесты, такие как скорость оседания эритроцитов и рентгенологическое исследование (компьютерное и магниторезонансное исследование мозга и нижних отделов желудочно-кишечного тракта), должны проводиться в том случае, если диагноз сомнителен. Электрокардиограмма должна проводиться всем пациентам с брадикардией и электролитными нарушениями. Измерение плотно-

сти костей должно проводиться в том случае, если длительность аменореи более 6- 12 месяцев. Заметим, что большинство тестов нормальны у большинства пациентов с расстройствами питания, что не исключает серьезной болезни или патологических нарушений у этой группы пациентов.

Реакция пациента на заболевание, отвергание проблем и характер отношения к лечению и выздоровлению может влиять на проявления заболевания.

Несколько терапевтических решений должно быть принято вслед за первичным обследованием, включая вопрос о том, где и кто будет лечить пациента. Пациенты с минимальными проявлениями недоедания, несущественными медицинскими и психологическими проблемами и быстро поддающиеся лечению, могут лечиться непосредственно в поликлинике у педиатра под одновременным наблюдением психотерапевта. Задача педиатра состоит в медицинских и диетических мероприятиях во взаимодействии с персоналом, осуществляющим психотерапевтические мероприятия, чтобы обеспечить психологическую и психиатрическую помощь. Педиатры, которые не чувствуют себя достаточно уверенно в медицинских и психологических аспектах лечения могут направить пациента на стационарное лечение уже на начальных этапах. Более тяжелые случаи требуют привлечения к лечению многопрофильной команды, которая может работать амбулаторно, в стационаре и в дневном стационаре.

Список использованных источников:

1. Troiano, R.P. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics / R.P. Troiano, K.M. Flegal // Pediatrics. – 1998. – Vol. 101(suppl). – P. 497-504
2. Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? / G.C. Patton [et al.] // J Child Psychol Psychiatry. – 1997. – Vol. 38. – P. 299-306/
3. American Psychiatric Association, Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision) // Am J Psychiatry. – P. 2000. Vol. 157 (1 suppl). – P. 1-39.

РОЛЬ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Врублевская Е.Л., Парамонова Н.С., Сеница Л.Н.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
2-я кафедра детских болезней*

В патологии детского возраста заболевания мочевой системы занимают одно из ведущих мест. В структуре общей заболеваемости микробно-