

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ИМЕВШИХ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Волкова М.П., Микляева Н.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В Беларуси, как и во всем мире, в последние годы увеличивается количество детей с нарушениями нутритивного статуса. При этом основные усилия исследователей направлены на изучение проблемы, связанной с избыточной массой тела и ожирением. Значительно меньше внимания уделяется детям с отставанием в физическом развитии.

В то же время характер белково–энергетической недостаточности во многих странах изменился. Как правило, она возникает не в результате алиментарного фактора – недостаточного питания здорового ребенка, а вследствие тяжелых, часто хронических, заболеваний, приводящих к повышению потребностей в пищевых веществах или нарушению усвоения нутриентов [1–3].

БЭН – это алиментарно–зависимое состояние, вызванное достаточным по длительности и/или интенсивности преимущественно белковым и/или энергетическим голоданием, проявляющееся дефицитом массы тела и/или роста и комплексным нарушением гомеостаза организма в виде изменения основных метаболических процессов, водно–электролитного дисбаланса, изменения состава тела, нарушения нервной регуляции, эндокринного дисбаланса, угнетения иммунной системы, дисфункции желудочно–кишечного тракта (ЖКТ) и других органов и систем.

Нарушения питания в критические периоды, к которым относится весь период внутриутробного развития, а также первые месяцы жизни ребенка, приводят к стойким изменениям метаболизма, которые повышают риск развития метаболического синдрома, остеопороза, аллергических заболеваний.

При дефиците нутриентов, помимо этого, еще снижается интеллект, а также развиваются остеопения, анемия и другие дефицитные состояния, имеющие отдаленные негативные последствия [4–5].

Цель исследования: оценить состояние здоровья и уровень физического развития детей, имевших в раннем возрасте белково–энергетическую недостаточность.

Под наблюдением находилось 30 детей в возрасте 7–17 лет, проживающих в г.Бресте, имевших в раннем возрасте белково–энергетическую недостаточность. Девочек было 27, мальчиков – 3.

Все дети были от доношенной беременности в сроке гестации 38–41 недель, с массой тела при рождении 2350–4050 г.

У 19 матерей выявлен отягощенный акушерский анамнез (аборт по медицинским показаниям – 1, самопроизвольный выкидыш – 3, рубец на матке – 1, угроза прерывания – 8, частичное плотное прикрепление плаценты – 1, возрастная первородящая – 3, первичная слабость родовой деятельности – 1, бесплодие – 1). 22 женщины имели соматические заболевания (анемия, гипертоническая болезнь, диффузный зоб, синдром вегетативной дисфункции, варикозная болезнь), 12 перенесли во время беременности ОРВИ. Во время беременности отмечалась задержка внутриутробного развития плода в 7 случаях, хроническая внутриутробная гипоксия плода в 7. Трое детей имели врожденную пневмонию. Через естественные родовые пути родилось 25 детей, путем кесарева сечения – 5 детей.

С момента рождения 26 детей находилось на грудном вскармливании, на искусственном – 4. На искусственное вскармливание с 2 месяцев был переведен 1 ребенок, с 3 месяцев – 4, с 4 месяцев – 3, с 5 месяцев – 4, с 6 месяцев – 2, с 7 месяцев – 2 ребенка. К первому году 10 детей оставались на грудном вскармливании. Первый прикорм в виде фруктового сока, фруктового пюре был введен в 3 месяца у 18 детей, в виде каши или овощного пюре в 6 месяцев – у 12. 25 детей привиты в соответствии с календарем прививок, по индивидуальному календарю – 4, отказ от профилактических прививок – в 1 случае.

Отставание в массе тела с 3 месяцев отмечается у 3 детей, с 4 месяцев – у 4 детей, с 5 месяцев – у 3, с 6 месяцев – у 2, с 7 месяцев – у 4, с 8 месяцев – у 3, с 9 месяцев – у 4, с 10 месяцев – у 2, с 11 месяцев – у 5 детей. У 4 детей отставание в массе тела связано с переходом на искусственное вскармливание.

При изучении историй развития детей (ф. 112/у) установлено, что к 1 году показатели физического развития детей были следующие: среднее резко дисгармоничное с дефицитом массы тела II ст. – 14 детей, среднее дисгармоничное с дефицитом массы тела I ст. – 5 детей, ниже среднего дисгармоничное с дефицитом массы тела I ст. – 4 ребенка, низкое дисгармоничное с дефицитом массы тела I ст. – 3 ребенка, низкое резко дисгармоничное с дефицитом массы тела II ст. – 2 ребенка, ниже среднего гармоничное – 2 ребенка.

Выявлено, что ни один ребенок, имевший белково–энергетическую недостаточность, не был госпитализирован, диагноз в большинстве случаев не был верифицирован. Из всех наблюдаемых детей обследовано 4 ребенка с особенностями фенотипа в возрасте 1–1,5 лет. Осмотрены генетиком 2 ребенка, эндокринологом – 1, гастроэнтерологом – 1, неврологом – 1. Проведены лабораторно–инструментальные методы исследования (копрограмма – 2,

УЗИ органов брюшной полости – 1, анализ крови на токсикацию – 1) – 2 детям. 26 детей не проходили обследование для выяснения причины низкой массы тела.

Соответственно, лечение белково–энергетической недостаточности этим детям не проводилось.

На момент исследования 10 детей здоровы. Отставание в физическом развитии у этих детей ликвидировано к 5–7 годам. Соматическую патологию имеют 20 детей (нарушение осанки – 3, искривление носовой перегородки – 2, плоско–вальгусные стопы – 4, паховая грыжа – 1, пупочная грыжа – 1, вегетативная дисфункция – 1, сколиоз – 2, аденоиды II ст. – 1, диффузный зоб – 2, миопия – 2, малые аномалии развития сердца – 3, варикоцеле – 1, рецидивирующие бронхиты – 2 ребенка). Из них 11 детей (2/3 всех детей) имеют 1 диагноз, а 9 человек (1/3) наблюдаются с несколькими заболеваниями.

У 4 детей развилась хроническая патология внутренних органов (бронхиальная астма – 1, желчнокаменная болезнь – 1, хронический цистит и аллергический дерматит – 1, хр. тонзиллит, нефропатия с гематурией и полиноз у 1 ребенка, ДЖВП и аллергический ринит – 1). Часто и длительно болеющими являются 3 ребенка.

К моменту проведения исследования, среднее гармоничное физическое развитие имели 11 детей (из них 2 мальчика). Избыток массы тела отмечается у 6 (избыток массы тела I ст. – 4, избыток массы тела I–II ст. – 2), из них один ребенок наблюдался у эндокринолога с 6 до 10 лет с диагнозом алиментарно–конституциональное ожирение.

Выводы:

1. 2/3 детей, имевших в раннем возрасте белково–энергетическую недостаточность, к школьному возрасту сохраняют отклонения в физическом развитии, у них формируется разнообразная соматическая патология.

2. Участковые педиатры уделяют недостаточное внимание детям, имеющим белково–энергетическую недостаточность, в большинстве случаев не проводят комплексное обследование и реабилитацию этих детей.

3. Необходимо проводить обучающие семинары для участковых педиатров с целью улучшения диагностики и реабилитации детей с белково–энергетической недостаточностью.

Литература

1. Клиническая диетология детского возраста: руководство для врачей / под ред. Т.Э.Боровик, К.С.Ладодо. – М.: Медицина, 2008. – 606 с.
2. Скворцова, В.А. Нарушения питания у детей раннего возраста / В.А.Скворцова, О.К.Нетребенко, Т.Э.Боровик // Лечащий врач. – 2011. – № 1. – С. 23–27.
3. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition / Sermet-Gaureau I. [et al.] // AJCN. – 2000. – V. 72. – P. 64–70.

4. Bhutta, Z.A. Micronutrient needs of malnourished children / Z.A.Bhutta // Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. – 2008. – V. 11, № 3. – P. 309–314.

5. Комарова, О.Н. Недостаточность питания у детей раннего возраста: патогенез, диагностика, диетологическая коррекция / О.Н.Комарова, А.И.Хавкин // Лечащий врач. – 2014. – № 9. – С. 26–29.

ОТРАВЛЕНИЕ ГРИБАМИ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Волкова М.П., Равская В.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Употребление грибов в Беларуси является древней национальной традицией. Принято собирать и употреблять в пищу дикорастущие грибы, в том числе и в пищевом рационе детей, несмотря на то, что любой контакт ребенка с грибами всегда сопряжен с потенциальной опасностью. Самым опасным грибом считается бледная поганка и ее разновидности, при отравлении ее токсинами регистрируется до 99% летальности пострадавших [1, 2]. Это гриб с гепатонекротоксическим действием. При употреблении его в пищу страдают прежде всего печень и почки, поражаются эпителий кишечника, кардиомиоциты, ЦНС, поэтому действие токсинов можно считать политопным с преимущественным поражением печени и почек. Дети более восприимчивы к действию токсинов грибов. Это связано с несовершенством детоксикационных механизмов детского организма. Фаллоидный синдром развивается при употреблении высокотоксичных аманитальных грибов: бледной поганки, аманитальных мухоморов (поганкоподобный, вонючий). Они содержат быстродействующие фаллотоксины (фаллоидин, фаллоин, профаллин, фаллидин и др.) и медленнодействующие аматоксины (а-, b-, g-, e-аманитины, аманин и др.). Фаллотоксины начинают действовать не раньше чем через 6 часов после употребления грибов [3]. Токсическое действие связано с влиянием на мембрану и органеллы гепатоцитов, эпителия и сосудов кишечника. Аманитины относятся к наиболее токсичным веществам в мире. Смертельной дозой аманитина считается 0,1 мг/кг. Одна шляпка бледной поганки в среднем содержит 10–15 мг аманитинов. Действие аматоксинов медленнее, чем фаллотоксинов, но обуславливает значительно большие повреждения в организме. Аманитины прежде всего нарушают деятельность клеток с высокой степенью белковосинтезирующей активности: гепатоцитов, эпителия кишечника, сосудов, почечного эпителия. В основе токсического действия аматоксинов лежит нарушение внутриклеточного синтеза белка за счет блокады РНК-полимеразы. Это приводит к полной дезинтеграции синтетических процессов в клетке (прежде всего в гепатоцитах) и со временем – к ее гибели.

Цель исследования: изучить клиническую картину при отрав-