

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мацюк Т.В., Панасюк Д.Ю.

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

Введение. При белково-энергетической недостаточности (БЭН) поражаются все органы и системы. Отмечаются постепенно усугубляющиеся нарушения обмена веществ с истощением запасов жира и углеводов, усилением катаболизма белка и снижением его синтеза. Развивается дефицит многих эссенциальных микроэлементов, ответственных за реализацию иммунных функций, оптимальный рост и развитие мозга ребенка [1], поэтому длительно текущей гипотрофии часто сопутствует отставание в психомоторном развитии, задержка речевых и когнитивных навыков и функций, высокая инфекционная заболеваемость, что в свою очередь усугубляет расстройство питания [2]. Возникает порочный круг. По мере нарастания степени БЭН клиника становится ярче, но в этот момент адаптационные возможности организма ребенка уже в какой-то мере исчерпаны. Таким образом, важна ранняя диагностика белково-энергетической недостаточности. В то же время педиатрами мало внимания уделяется детям с отставанием в физическом развитии, не всегда своевременно диагностируется БЭН I ст.

Цель работы: изучить эпидемиологию белково-энергетической недостаточности у детей г. Гродно и Гродненской области.

Объект и методы исследования. Объект исследования – клинические, лабораторные и анамнестические данные, полученные при выкипировке из 113 историй болезни пациентов с БЭН (основная группа) и 35 историй болезни пациентов без отставания в физическом развитии (группа сравнения), находившихся на обследовании и лечении в 4 и 5 соматических отделениях УЗ «Гродненская областная детская клиническая

больница» за период 2015-2016 гг. Большинству пациентов с БЭН диагноз был выставлен только в стационаре. Основной метод исследования – ретроспективный сравнительно-статистический анализ, проведённый с использованием стандартного статистического пакета прикладного программного обеспечения Statistica 6.0 для Windows.

Результаты и их обсуждение. Проанализирована частота БЭН в зависимости от возраста обследованных пациентов. Установлено, что БЭН чаще диагностируется у детей грудного возраста, по сравнению с детьми 1–3 лет ($p=0,02$) и 4-6 лет ($p=0,006$); и чаще в возрастной группе 1–3 года, по сравнению с детьми 4-6 лет ($p=0,03$): детей до года – 54,0% (61 ребенок), от 1 года до 3 лет – 29,2% (33 ребенка), с 4-6 лет – 16,8% обследованных (19 детей).

По гендерному признаку пациенты с БЭН распределились следующим образом: мальчики составили 44,2% (50 пациентов), девочки – 55,7% (63 пациента); разница в частоте по полу статистически недостоверна. В группе сравнения мальчики составили 77,1% (27 пациентов), девочки – 22,9% (8 пациентов).

По территориальному признаку пациенты с БЭН распределились следующим образом: в г. Гродно проживало 70,8% пациентов (80 человек), в Гродненской области – 29,2% (33 ребенка). В группе сравнения эти показатели составили 77,1% (27 человек) и 22,9% (8 человек), соответственно.

Проанализирована структура БЭН в зависимости от характера этиологического фактора (экзогенные – первичная БЭН, эндогенные – вторичная БЭН). БЭН вследствие экзогенных факторов (алиментарных, инфекционных, нарушения режима и т.д.) выявлена у 36,3% пациентов (41 ребенок), вторичная БЭН, вследствие эндогенных причин (пороки развития, эндокринные нарушения, пищевая аллергия и др.) диагностирована у 63,7% (72 ребенка). Среди причин вторичной БЭН наибольший удельный вес составили заболевания ЖКТ (синдром мальабсорбции, дисбактериозы) – 36,3%, пищевая аллергия – 32,7%, ВПС – 17,7%, ВПР ЖКТ – 3,5%.

В зависимости от степени тяжести БЭН пациенты распределились следующим образом: I ст. диагностирована у

32,7% обследованных (37 пациентов), II ст. – у 42,5% (48 пациентов), III ст. – у 24,8% (28 пациентов).

Установлено, что достоверно чаще БЭН развивалась у детей от отягощенной беременности, по сравнению с неотягощенной – 90,0% и 10,0%, соответственно ($p=0,001$). В группе сравнения эти показатели составили 77,1% и 22,9%. Наиболее частыми отягощающими факторами являлись ОРЗ (54,5%), угроза прерывания (59,3%), гестоз (23,6%). Никотиновая/алкогольная интоксикация была отягощающим фактором в 18,5% случаев.

Установлено, что среди детей с БЭН 52,7% (59 пациентов) родились недоношенными, 47,8% (54 пациента) – доношенными, тогда как в группе сравнения недоношенными родилось только 20% (7 человек), доношенными – 80% (28 человек). Выявлено, что с большей частотой БЭН диагностировалась у пациентов с массой тела при рождении от 1 до 3 килограмм (69,9%), чем у пациентов с массой тела более 3 килограмм (30,1%, $p=0,001$). В группе сравнения 65,7% детей родилось с массой тела от 3 до 4 кг. Установлено, что 51,3% детей основной группы имели длину тела при рождении 45–50 см, 28,3% – 50–55 см, 20,4% – 40–45 см, 0% – >55 см. В группе сравнения 28,6%, 65,7%, 0,9% и 0,9%, соответственно.

Выводы:

1. БЭН чаще диагностируется у детей грудного и младшего возраста: у детей грудного возраста по сравнению с детьми 1–3 лет ($p=0,002$) и 4–6 лет ($p=0,006$); у детей с года до трех по сравнению с детьми 4–6 лет ($p=0,03$).

2. В структуре БЭН у детей грудного и младшего возраста преобладают вторичные формы БЭН ($p=0,03$), чаще встречается I ст. II ст. ($p=0,001$), по сравнению с III ст.

3. БЭН чаще развивается у детей, рожденных от матерей с отягощенным течением беременности ($p=0,001$). Недоношенные и маловесные дети являются группой риска по развитию БЭН.

4. Детям младшего возраста с начальными нарушениями нутритивного статуса (угрожаемым по развитию БЭН – ДМТ до 10% и с БЭН I ст.) в условиях поликлиники уделяется меньше внимания, в большинстве случаев эти состояния не диагностируются, что свидетельствует об отсутствии

настороженности участковых педиатров в отношении БЭН. В то время как своевременная диагностика на ранних стадиях и лечение причинно-значимого заболевания является основополагающим фактором профилактики и лечения БЭН.

Список литературы:

1. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / Под ред. А. А. Баранова, В. А. Тутельяна. – М., 2010. – 68 с.
2. Организация лечебного питания детей в стационарах: пособие для врачей / Под ред. А. А. Баранова, К. С. Ладодо. – М.: ЭВИТА-Проф, 2001. – 240 с.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ЗАБОЛЕВАНИЯ
У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМ**

Мирончик А.М., Кузмицкая Ю.Л., Шик А.А.

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

Введение. Психосоматические заболевания – это заболевания, которые проявляются характерными патологическими нарушениями в организме как ответная реакция на какие-либо сложные внутренние конфликты, стрессы, переживания, психологические травмы. В большинстве случаев поражаются те органы или системы, к расстройствам которых у человека есть предрасположенность [2]. Основой психосоматических функциональных заболеваний является дисрегуляция вегетативной нервной системы [3].

Психосоматические расстройства и заболевания являются одними из наиболее распространенных нарушений не только среди взрослых, но и среди детей. Считают, что