

СЕКЦИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

ВЛИЯНИЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА*Абдукадирова Н.А.*

Научный руководитель: д.м.н. Умарназарова З.Е., к.м.н. доцент Юнусова Р.Т.
Кафедра госпитальной педиатрии № 2
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность исследования: генерализованные белково-энергетической недостаточностью дистрофические изменения тканей и органов приводят к формированию полиорганной дисфункции, что повышает уровень летальных исходов у детей. Предполагается, что эндотоксикоз-индуцированные нарушения трофологического статуса нарушают функцию поджелудочной железы [1].

Цели исследования: изучить функциональное состояние поджелудочной железы при БЭН различной степени тяжести у детей раннего возраста.

Материалы и методы: обследовано 30 детей с БЭН. Средний возраст детей составлял 17,5 месяцев, из которых девочки составляли — 53,4%, мальчики — 46,6%. Всем детям проводились: общий клинический анализ кала, определение активности амилазы в крови, а также ультразвуковое исследование ПЖ.

Результаты: количество детей с БЭН и дефицитом веса –2СО было 5 (16,7%) детей, –3СО 11 (36,6%) детей, –4СО 14 (46,7%) детей. Больные были разделены на 2 группы: I группа с поражениями ПЖ (20 (66,6%) детей), II группа без изменений ПЖ (10 (33,4%) детей). В ходе обследования были установлены следующие: в I группе – стеаторея III типа у 43,3%, амилорея 43%, креаторея 33,6%, во II группе стеаторея I типа у 13,3%, стеаторея II типа у 10%, креаторея у 9,7%, амилорея у 33,6% детей. Определение активности амилазы крови показало, что в I группе у 30% детей наблюдалось повышение амилазы в крови, II группе без изменений. По результатам УЗИ, выявлены, что у детей I группы отмечались гиперэхогенность признаки хронического панкреатита у 30%, увеличение поджелудочной железы как показатель реактивного панкреатита — у 60% детей. Увеличение хвоста ПЖ и расширение протоков наблюдалось у 10% детей.

Выводы: таким образом, при БЭН у детей, наряду с дефицитными анемиями тяжелой степени тяжести, повышением активности амилазы, плохой прибавкой веса (80%), наблюдаются поражения ПЖ в 1,2 раза чаще, чем у детей без БЭН.

Литература

1. Стуликов О.Э., Гришнин Ю.В., Лаврентьев А.А., Попов П.А. Оптимизация интенсивной терапии панкреонекроза с применением экстракорпоральной мембранной детоксикации // Врач-аспирант. 2010. Т. XVII. № 2. С. 252–255.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д
ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ*Аббасова Б.Т.*

Научный руководитель: д.м.н. Алиева Н.Р.
Кафедра госпитальной педиатрии № 1 с основами нетрадиционной медицины
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность исследования: в последние годы увеличилось количество сообщений о связи между низким уровнем витамина Д в организме и ростом аллергических заболеваний. Установлено, что снижение витамина Д во время беременности может служить фактором риска для развития экземы в первый год жизни [1].

Цели исследования: изучение дефицита витамина Д при аллергическом энтероколите (АЭ).

Материалы и методы: обследованы 40 детей с АЭ в возрасте от 6 месяцев до 4 лет. Контрольную группу составили 31 здоровые дети. Диагноз АЭ верифицировался на основании анамнеза, клинико-лабораторного, иммуногенетического (иммуноглобулина Е, определения антигенсвязывающих лимфоцитов) обследования.

Результаты: у детей с АЭ дефицит витамина Д выявлен у каждого четвертого пациента (10/25,0%). Недостаточное содержание витамина Д выявлено у 27 (67,5%) детей с АЭ, у 3 детей показания витамина Д соответствовали показателям контрольной группы. Статистические показатели демонстрируют снижение значений 25(ОН) D при АЭ в 2 раза. У больных с АЭ отмечается усиление болевого синдрома и достоверное повышение амилореи и стеатореи смешанного типа, что обусловлено как снижением функции панкреатической липазы, так и нарушением желчеотделения, однако изменения были не достоверно значимы.

Выводы: при АЭ у 25% детей отмечается дефицит витамина Д. Дефицит и недостаток витамина Д негативно влияет на физическое развитие детей. Таким образом, дефицит и недостаточность витамина Д выявлены у больных с АЭ. Полученные нами данные при изучении клинической симптоматики заболеваний кишечника свидетельствуют об их полиморфизме.

Литература

1. Бойчук Н.Н., Мустафин И.Г. Fas- рецептор и его роль при atopических заболеваниях // Иммунология. 2001. № 3. С. 24–28.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Атабаева О.Ф., Юнусова Р.Т.

Научный руководитель: к. м. н. доцент Юнусова Р.Т.

Кафедра госпитальной педиатрии № 2

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность исследования: актуальным является изучение проблемы белково-энергетической недостаточности (БЭН), поскольку наряду с потерей массы тела наблюдается и задержка роста, обусловленная недостаточностью пластического материала для построения клеточных структур [1].

Цели исследования: определить основные факторы, оказывающие реальное воздействие на развитие БЭН у детей раннего возраста.

Материалы и методы: под нашим наблюдением было 60 детей с БЭН в возрасте от 2 до 12 месяцев, которые находились на стационарном лечении в отделениях патологии детей раннего возраста клиники ТашПМИ. Всем детям проведена оценка физического развития по критериям ВОЗ.

Результаты: в зависимости, от их физического развития обследуемые были разделены на 3 группы. Так, в первую группу вошли 20 (33,3%) детей с БЭН(–1СО), во вторую — 22 (36,7%) с БЭН(–2СО), в третью — 18 (30%) с БЭН (–3СО). У детей с БЭН(–1СО) рост составил $65,11 \pm 7,06$ см. Дефицит массы тела у детей с БЭН(–2СО и –3СО) рост- $63,9 \pm 6,1$ и $62,91 \pm 5,8$ см соответственно. В зависимости от места их проживания жителями сельской местности было — 37 детей (61,7%), а 23 (38,3%) проживали в городах. Нами выявлено, что возраст матерей детей основной группы колебался в пределах 17–41 год, с преобладанием возрастной категории женщин 17–29 лет (68,3%). Отягощенный акушерский анамнез был обнаружен в 56% случаев, угроза прерывания беременности как I, так и II половины имела место у каждой второй женщины (50%), установлено, что гестоз первой половины беременности наблюдался у 20 женщин (33,3%), гестоз второй половины у 10 женщин (16,7%).

Выводы: таким образом, среди факторов риска развития БЭН у детей первого года жизни значимыми являются биомедицинский (патология перинатального периода) и фактор, связанный с окружающей средой (преобладание БЭН у сельского населения).