

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).

Литература

1. Скворцова В.А., Нетребенко О.К., Боровик Т.Э. Нарушения питания у детей раннего возраста // Лечащий врач. 2011, № 1. С. 36–41.

**МР-ЭНТЕРОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА**

Баркова М.А.

Научный руководитель: ассистент Оточкин В.В.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Актуальность исследования: в настоящее время увеличиваются неспецифические ВЗК, к которым относится болезнь Крона. Оно поражает лиц молодого возраста, что приводит к частой инвалидизации и поздней диагностике, это из-за недостаточной изученности проявлений ВЗК и отсутствия комплексного подхода к диагностике[3].

Цели исследования: определить возможности МРТ и колоноскопии в диагностике Болезни Крона, а также выбрать наилучший метод для пациентов данной группы[1,2].

Материалы и методы: проанализированы заключения МР-энтерографии 106 пациентов (51 женщины и 55 мужчин) и 95 заключений колоноскопического исследования у этих же больных.

Результаты: нами было проанализировано 106 пациентов с подозрением на ВЗК, из них 8 человек оказались здоровы, 24 человека с поражением толстой кишки, а остальные 74 с поражением тонкой кишки: терминального отдела (56,8%), а также дистального (13,5%) и с другими локализациями (29,7%). Для исследования взяли больных с поражением тонкой кишки, кроме 5, у которых нет колоноскопии. Выборка 69 человек. У 25 колоноскопия оказалась неэффективной из-за невозможности прохождения колоноскопа или других причин: сужение просвета кишки (52%), стома (12%), дефекты Баугиниевой заслонки (24%), повышенная кровоточивость (8%), плохая подготовка (4%). В свою очередь МР-энтерография у 6 человек была неинформативна (на МРТ норма, а при колоноскопии признаки воспаления). У 31 пациента проведено хирургическое лечение Болезни Крона. Из них 6 человек с поражением толстой кишки, остальные 25 с тонкой. У этих 25 человек колоноскопия была невозможна в 48% случаев, а МР-энтерография информативна в 100% случаев.

Выводы: 1. Для пациентов с подозрением на ВЗК помимо МРТ необходимо делать и колоноскопию, т.к. вероятность упущения малых воспалительных изменений на МРТ все же присутствует, хоть они и минимальны (8,7%). 2. Для пациентов, перенесших хирургическое лечение Болезни Крона предпочтительнее МРТ, т.к. эндоскопическое исследование часто (в 48% случаев) неинформативна из-за изменений после воспалительного процесса.

Литература

1. Коу Нагасако. Дифференциальная диагностика колоректальных заболеваний. IGAKU-SHOIN Ltd., 1982 (В переводе Рубцова В.С.).
2. Лучевая диагностика в гастроэнтерологии Михайлов А.Н.
3. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение. М.: Миклош, 2004.