

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Келдиёрова Ф.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Ашурова Д.Т., ассистент Халдарбекова М.А.
Кафедра пропедевтика детских болезней, гематологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: ювенильный ревматоидный артрит — одно из наиболее тяжелых патологий, приводящее к инвалидизации больных детей [1]. Базисные препараты, применяемые при лечении заболевания, обладают рядом побочных действий, в первую очередь на органы желудочно-кишечного тракта [2].

Цель исследования: изучить частоту и характер поражений гастродуоденальной системы при ювенильном ревматоидном артрите.

Материалы и методы: обследовано 86 больных ЮРА, из них 74 (86,1%) с суставной формой и 12 (13,9%) суставно-висцеральной формой болезни. Изучен анамнез, проведен анализ жалоб больных с акцентом на выявление гастродуоденальной патологии, оценен настоящий соматический статус, данные лабораторных исследований, ЭФГДС.

Результаты: большинство обследованных нами больных были дети школьного возраста — 52 (60,4%). В зависимости от пола среди обследованных больных несколько преобладали мальчики — 50 (58,1%). Изучение клинических проявлений поражения гастродуоденальной системы показывает, что жалобы на снижение аппетита, тошноту, рвоту, боли в животе, диарею предъявляли 20,0% больных со сроком болезни до 1 года, 30,7% больных со сроком болезни 1–3 года, 58,8% больных со сроком болезни 3–5 лет и все 100% больных при сроке болезни более 5 лет. Если у детей на ранних этапах заболевания констатировались функциональные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, то по мере прогрессирования болезни отмечались признаки гастрита, гастродуоденита с образованием эрозий и язв, подтвержденные на ЭФГДС.

Выводы: выявленная частота поражения гастродуоденальной системы у больных ЮРА диктует необходимость раннего включения в комплекс терапии препаратов, обеспечивающих защиту слизистой оболочки желудка.

Литература

1. Алексеева Е.И., Базарова Т.М. Ювенильный ревматоидный артрит. Клиническиерекомендации. «Педиатрия». Под ред. А.А. Баранова, «ГЭОТАР-Медиа», М., 2005. С. 31–32.
2. Каратеев А.Е., Насонова В.А. Распространенность, структура и факторы риска развития гастропатий, индуцированных НПВП // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.— 2000. № 4. С. 34–39.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РВОТЫ У ДЕТЕЙ

Муминова Д.А.

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

Актуальность исследования: срыгивания относятся к числу наиболее распространенных функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у младенцев [1]. Срыгивания встречаются, по данным различных авторов, у 65–85% практически здоровых грудных детей [2, 3].

Цели исследования: изучить структуру рецидивирующей рвоты у детей и выявить наиболее значимые нозологические формы заболеваний.

Материалы и методы: обследовано 30 детей грудного и раннего возраста с рецидивирующей рвотой. Всем больным для уточнения диагноза было проведено исследование крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, определение общего и специфического IgE, УЗИ брюшных органов, ФЭГДС, рентген контрастное исследование брюшных органов.

Результаты: в основу исследования положены данные обследования 30 детей с рвотой грудного и раннего возраста. Были установлены следующие нозологические единицы: гастроэзофагиальный рефлюкс (K21) — 4; другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (K52) — 6; гастрит и дуоденит (K29) — 1; функциональная тошнота и рвота (R11) — 7; белково-энергетическая недостаточность неуточненная (E 43) — 3; язвенный (хронический) энтероколит (K51) — 4; диспепсия (K30) — 1; муковисцидоз (K87) — 3; другие функциональные кишечные нарушения (K 59) — 1.

Выводы: таким образом, в 46,7% случаях при рецидивирующих рвотах выявляется хроническая патология кишечника, рвота с неуточненным диагнозом была зарегистрирована в 23,3% случаев.

Литература

1. Шилияев Р.Р. и соавт. Дифференцированный подход к фармакотерапии синдрома срыгивания и рвоты у грудных детей с перинатальным повреждением ЦНС // Педиатрическая фармакология. 2003. Т. 1. № 2. С. 48–51.
2. Маев И.В. и соавт. Маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Итоги 20 лет наблюдений // Фарматека. 2018. № 13. С. 30–43.
3. Макарова С.Г., Намазова-Баранова Л.С., Вишнёва Е.А., Ерешко О.А., Гордеева И.Г. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей. Вопросы современной педиатрии. 2017;16(3):202–212.

ПИТАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Нищенко В.М., Петрова И.В.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Малюжинская Н.В.
Кафедра детских болезней педиатрического факультета
Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: поддержание метаболического и субстратного обмена в послеоперационном периоде у новорожденных определяется составом и способом нутритивной поддержки, что приобретает особую значимость после проведения оперативных вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта[1].

Цели исследования: анализ адаптации питания новорожденных с разным уровнем резекции кишечника в послеоперационном периоде на 2 этапе выхаживания в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинских карт новорожденных (n=7). Сформированы 2 группы (гр.): в I — 2 пациента с сигмостомой, после резекции дистального отдела толстой кишки; во II — 5 пациентов с еюностомой, после резекции подвздошной кишки, остаточная длина сегмента тонкой кишки 59,2±12,8 см.

Результаты: пациенты из I гр. с гестационным возрастом (ГВ) 34,5±0,71 недель (нед.), массой тела (МТ) при рождении 1940,0±70,71 г переведены на 2 этап с МТ 2103±74,95 г (дефицит МТ 6,1%). Дети получали частичное парентеральное питание (ЧПП), суточный объем энтерального питания (ЭП) за время лечения увеличен с 2/3 до 4/5 от общего объема. Средняя продолжительность лечения в ОРИТН 32±2,8 суток. Дети переведены в отделение для дальнейшего выхаживания с МТ 2781±15,6 г (дефицит МТ 4,2%). Пациенты из II гр. с ГВ 30,2±4,32 нед., МТ при рождении 1590±959,56 г переведены на 2 этап с МТ 1972,6±527,7 г (дефицит МТ 23,6%). Дети получали ЧПП (суточный объем ЭП <2/3 от общего объема), ферментотера-