

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: гастроэзофагеальный 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. Шилиев 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

Нищенкова 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 $59,2 \pm 12,8$ см.

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

пию. Расширение объема ЭП было невозможным, потери по стуе >70 мл/кг. Синдром холестаза был диагностирован у 2 (40%) детей. Средняя продолжительность лечения в ОРИТН $86,0 \pm 31,84$ суток. Дети переведены в отделение для дальнейшего выхаживания с МТ $3921,6 \pm 1336,9$ г (дефицит МТ $21,9 \pm 2,3\%$).

Выводы: адаптация питания у новорожденных в послеоперационном периоде определяется объемом и уровнем резекции кишечника. Резекция дистальной части толстой кишки не сопровождается нарушением толерантности к ЭП у детей из I гр. за счет сохранения всасывательной поверхности тонкой кишки. Резекция тонкой кишки на большом протяжении с удалением подвздошной кишки у детей из II гр. приводит к сокращению времени пассажа химуса, мальдигестии и мальабсорбции, что ограничивает расширение объема ЭП и приводит к зависимости от парентерального питания.

Литература

1. Парентеральное и энтеральное питание детей: практические рекомендации / под ред. Ю.В. Ерпулёвой, А.И. Чубаровой, О.Л. Чугуновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 304 с.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПО МАТЕРИАЛАМ ГУЗ КБ № 8

Ретин И.А., Хакпиша Н.А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент, Леденев Б.Б.

Кафедра детских болезней

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: по данным некоторых авторов, частота белково-энергетической недостаточности (БЭН) у детей грудного возраста составляет 7–11% [1], [2]. Распространенность недостаточной массы и длины тела среди госпитализированных детей высока даже в развитых странах: 26–40% — во Франции, 31% — в Германии и Нидерландах [3]

Цели исследования: проанализировать эффективность вскармливания детей с БЭН по материалам ГУЗ КБ № 8.

Материалы и методы: проведен анализ 22 историй болезней детей с БЭН I–III степени. При анализе использовался коэффициент эффективности белка (КЭБ). Из данных историй болезней были сформированы группы по значению коэффициента эффективности белка (КЭФ). Группа I (<5), группа II (с 5 до 10), группа III (>10).

Результаты: преимущественным видом вскармливания в I группе было искусственное питание (преобладали смеси «Нутрилак» и «Семилак»). Из них с I степенью БЭН — 3 чел., II — 8 чел., III — 1 чел. Среди сопутствующих заболеваний встречались: врожденные пороки сердца (ВПС) — открытый артериальный проток (КЭБ 0,7). Во II группе преобладало искусственное питание (среди детей с I степенью БЭН — 1 чел, II — 3 чел, III — 1 чел. Среди сопутствующих заболеваний встречались: малые аномалии развития сердца — 2 чел. (КЭБ 6,4 и 5,4); В III группе детей преобладает искусственное питание (преобладали смеси «Нутрилак» и «Nan»). Среди них с I степенью БЭН — 1 чел, II — 4 чел. Среди сопутствующих заболеваний встречались: врожденные пороки сердца — 4 чел. (КЭБ 21,4; 12,1; 20,6; 13,9). У всех трех групп отмечается преимущественно искусственный тип вскармливания. Статистической разницы между полученными данными не отмечалось. Все группы однородны при статистической обработке.

Выводы: согласно полученным данным значения КЭБ для эффективности питания детей является не выбор смеси, а организация процесса питания и устранение причины гипотрофии.

Литература

1. Союз педиатров России национальная ассоциация диетологов и нутрициологов. Научный центр здоровья детей РАМН НИИ питания РАМН.
2. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 768 с.
3. Клинический протокол диагностики и лечения белково-энергетической недостаточности (БЭН) у детей.