

пию. Расширение объема ЭП было невозможным, потери по стулу >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.