

**Материалы и методы исследования:** физическое развитие оценивалось в сравнительном аспекте со стандартами роста и развития детей, рекомендованными ВОЗ (2006). Дети, рост/длина тела и масса тела которых относительно к возрасту находятся в области  $-2\text{CO}$  и  $+2\text{CO}$ , расцениваются как дети с нормальными показателями физического развития. Величины, расположенные ниже  $-2\text{CO}$  и до кривой  $-3\text{CO}$ , рассматриваются как низкий вес и низкий рост; ниже  $-3\text{CO}$  рассматриваются как крайне низкий вес и крайне низкий рост. Состояние питания расценивается показателями индекса массы тела (ИМТ). Показатель ниже кривой  $-3\text{CO}$  расценивается как тяжелая белково-энергетическая недостаточность питания (БЭНП). Показатель в области  $-3\text{CO}$  и  $-2\text{CO}$  БЭНП средней тяжести, в области  $-2\text{CO}$  и  $-1\text{CO}$  БЭНП легкой степени.

**Результаты:** крайне низкий рост встречался лишь в группе детей с Ц (36,6%). Низкий рост встречался у 40% с Ц и 35,0% больных с ХПЭ. При АЭ показатели роста были в пределах нормы. Низкая масса тела встречалась у 30,7% детей с целиакией, у 36,6% у детей с хроническим энтероколитом и у 12,5% у детей с аллергическим энтероколитом. Крайне низкая масса тела встречалась лишь у детей с целиакией (25,8%). БЭНП тяжелой степени при Ц выявлена в 8,3% случаев, в то время как при ХПЭ и АЭ не выявлена. БЭНП среднетяжелой степени более чем в 3 раза чаще встречалась у детей с Ц по сравнению чем с детьми с ХПЭ [2].

**Выводы:** отклонения физического развития детей с целиакией достоверно чаще встречались по сравнению с детьми с хроническим энтероколитом и аллергическим энтероколитом.

#### Литература

1. Analysis of the structure and strength of bones in coliac disease patients / J. Ferti, R. Maquire, P. Tanaure, et al. // Amer. J. Gastroenterol. 2003. Vol. 98. N 2. P. 382–390.
2. Шарипова М.Н. Целиакия у детей (распространенность, диагностика и лечение) // Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. 2006, № 3 (33). С. 68–70.

## ОСОБЕННОСТИ НУТРИЦИОННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Алексеева И.А., Журавлева А.В., Пахоменкова М.И.*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Шабалов А.М.

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** в последние годы отмечается рост частоты гастроэнтерологических заболеваний у детей, в том числе врожденных аномалий. Данные заболевания нередко ведут к задержке роста и развития детей, что является важной медико-социальной проблемой в педиатрии.

**Цель исследования:** оценить нутриционный статус у детей с врожденной патологией верхних и нижних отделов органов пищеварения до и после оперативного лечения.

**Материалы и методы:** проведена оценка нутриционного у 8 детей с врожденной патологией пищеварительной системы, находившихся на оперативном лечении в клинике СПбГПМУ. Проанализированы антропометрические данные детей (рост, вес, ИМТ, индекс Коула) [1] и лабораторные показатели (общий белок, альбумин, креатинин, лимфоциты) [2].

**Результаты:** оценены 2 группы детей: № 1 — поражение верхних отделов (атрезия пищевода); № 2 — поражение нижних отделов (болезнь Гиршпрунга, атрезия прямой кишки). У группы № 1 до оперативного лечения индекс Коула  $< 90$ , что говорит о дефиците массы по отношению к росту; ИМТ снижен от 16,8 до 17,23. У группы № 2 до оперативного лечения индекс Коула и ИМТ находились в пределах нормы. У группы № 1 в течение недели после операции наблюдается повышение уровня общего белка с 49,5 до 55,5 г/л и креатинина с 26,65 до 34,4 мкмоль/л, но значения остаются на нижней границе нормы. У этой группы после оперативного вмешательства наблюдается увеличение уровня альбумина с 28,2 до 39,8 г/л, т.е. до значений, соответствующих норме 38–54 г/л. У группы № 2 уровень общего белка, альбу-

мина и креатинина в крови до и после оперативного лечения в пределах нормы. В обеих группах количество лимфоцитов в общем анализе крови, отражающее при отсутствии активного воспаления состояние висцерального пула белка, в пределах возрастной нормы.

**Выводы:** комплексная оценка нутриционного статуса у детей с учетом показателей антропометрии, биохимического анализа крови позволяет оптимизировать подходы к назначению энтерального и парентерального питания у детей с врожденной патологией органов пищеварения в пред- и послеоперационном периоде, что оказывает существенное влияние на прогноз и длительность госпитализации.[3]. В исследовании показано, что у детей с врожденной патологией верхних отделов органов пищеварения отмечаются выраженные нарушения нутриционного статуса.

#### Литература

1. Соматометрические методы исследования у хирургических больных: Ерпулева Ю.В., Боровик Т.Э. // Мат. Док. VII Международного конгресса «Парентеральное и энтеральное питание». М., 2003. С. 30.
2. Методы оценки потребления белка у детей // Г.Н. Кострова, В.И. Макарова. М.; Архангельск, 2005. С. 140.
3. Питание в патогенезе заболеваний и методы оценки нутриентного статуса: Учебно-методическое пособие / Сост.: И.А. Кирпич, А.Г. Соловьев. М; Архангельск, 2000. С. 20.

## ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДЦП

*Афанасьева А.А., Чуйнышена С.А.*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Завьялова А.Н.

Кафедра общей медицинской практики

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** у детей с тяжелыми неврологическими патологиями, ДЦП дефект пищевого поведения наблюдался в 40% случаях, а у детей 5 уровня двигательной активности по шкале GMFCS в 90% [1]. Из-за вынужденного положения кормление детей чаще всего происходит лежа в результате, развиваются серьезные нарушения в работе ЖКТ.

**Цели исследования:** оценить физический статус питания и сопутствующую гастроинтестинальную патологию у детей с ДЦП 4, 5 уровня двигательной активности по шкале GMFCS (GrossMotorFunctionClassification SYSTEM).

**Материалы и методы:** исследованы 30 детей с ДЦП 4,5 уровня активности по шкале GMFCS. Оценен пищевой анамнез. Проведена антропометрия, биоимпедансометрия. Проанализирован анамнез жизни и заболеваний, данные госпитализаций по выпискам. Анализ литературы.

**Результаты:** из 30 детей 2 находились на зондовом питании остальные пациенты получали питание через гастростому. До ее постановки у пациентов из-за вынужденного кормления лежа был постоянный рефлюкс-эзофагит%, гастродуоденит%, Аспирационные бронхиты, пневмонии требующие госпитализаций. Из-за низкого содержания клетчатки в потребляемой пищи у детей наблюдались постоянные запоры, раз в три дня опорожнение кишечника происходило после свечи с глицерином, самостоятельный стул отсутствовал полностью. БЭН-более 10% БЭН2 — более 20% БЭН3 — более 30%[2]. После постановки гастростомы, пациенты были переведены на жидкие полимерные смеси для энтерального питания. Сократились случаи аспирации, заболевания бронхитами и пневмониями. Только у двоих пациентов наблюдался рецидив гастрита с госпитализацией. Изменились антропометрические данные пациентов, дети набрали вес[3]. По анализу историй болезней заболеваемость уменьшилась на 50%.

**Выводы:** определение физического развития у детей с ДЦП необходимо проводить в зависимости от уровня двигательной активности с использованием специализированных цен-