

Материалы и методы: работа выполнена на основании анализа медицинской литературы, современных тенденций и рекомендаций по вопросам диагностики и лечения АБКМ у детей, а также анкетирования родителей. Был проведен анализ рынка специализированных смесей для вскармливания детей с АБКМ.

Результаты: АБКМ поражает от 2 до 6% детей, причем наибольшая распространенность наблюдается в течение первого года жизни. Было показано, что около 50% детей разрешают АБКМ в течение первого года жизни, 80–90% — в течение пятого года. Показатель АБКМ, о котором сообщали родители, примерно в 4 раза выше, чем действительная цифра. Таким образом, многие дети направляются с подозрением на АБКМ на основании восприятия родителями, а также таких симптомов, как кожная сыпь, бессонница, постоянная заложенность носа, себорейный дерматит и др. Более того, родители часто сажают своих детей на ненужную диету без надлежащего медицинского и диетического контроля. Эти несоответствующие диетические ограничения могут спровоцировать нарушение питания, особенно в первый год жизни.

Выводы: точный диагноз АБКМ важен для того, чтобы избежать не только риска рахита, снижения минерализации костей, анемии, плохого роста и гипоальбуминемии, но и немедленных клинических реакций или мальабсорбции. В качестве лечения целесообразно назначать элиминационную диету с исключением всех продуктов, содержащих БКМ, а также говядины. Детям с АБКМ, находящимся на ИВ, рекомендованы специализированные смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот. У детей на ГВ мать должна исключить из рациона молочные и соевые продукты. При АБКМ не рекомендовано и не обосновано назначение смесей на основе частично (умеренно) гидролизованного белка, смесей на основе козьего молока [1].

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с аллергией к белкам коровьего молока / Год утверждения: 2016.

АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Ардзинба И.Т., Эгамова Г.Р., Войтенко А.В.

Научные руководители: к.м.н. доцент Шабалов А.М., Маталыгина О.А.

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: среди проктологической патологии у детей — одними из самых распространенных являются аноректальные пороки развития, среди которых атрезии ануса и прямой кишки составляют до 85% от общего числа пациентов. Частота возникновения данных пороков в настоящее время колеблется от 1:2000 до 1:9000 и не имеет тенденции к снижению[1].

Цель исследования: для разработки возможных мер профилактики возникновения аноректальных пороков у детей изучить особенности семейного анамнеза, наследственность и течения антенатального и перинатального периода у обследованных детей.

Материалы и методы: на хирургическом отделении клиники СПбГПМУ было проведено анкетирование матерей 22 пациентов, перенесших хирургические вмешательства по поводу аноректальных пороков развития (атрезия ануса —14 и прямой кишки-8). Возраст пациентов от 1 года до 5 лет.

Результаты: по данным анкетирования выявлены следующие неблагоприятные факторы в наследственности и течении беременности: отягощенная наследственность по врожденным порокам сердца у родственника (4,5%), сахарный диабет у матери (4,5%), артериальная гипертензия у матери (4,5%), острые респираторные заболевания в 1 триместре беременности диагностированы у 41% матерей: грипп и ОРВИ (22,7%), пневмония (18,1%)., курили до и во время беременности 13,6% матерей, проживание в экологически неблагоприятном районе

(наличие вблизи металлообрабатывающего завода) имело место у 1 обследованной матери (4,5%).

Выводы: выявлена высокая частота острых респираторных заболеваний в 1 триместре беременности у матерей детей с аноректальными пороками развития, что необходимо учитывать при разработке профилактических мероприятий. К особенностям профилактики аноректальных пороков развития необходимо отнести: планирование беременности, периконцепционную профилактику, пренатальный скрининг, диагностику и лечение внутриутробных инфекций.

Литература

1. «Диагностика и лечение низких форм аноректальных пороков у новорожденных и детей раннего грудного возраста»/ Щапов Н.Ф. диссертация 2014год.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бутько П.В.

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: расстройства формирования пищевого поведения у детей в периоде раннего детства составляют одну из ведущих причин развития метаболического синдрома и ожирения. В рамках реализации программы рационального питания детей от 1 до 3 лет педиатр часто сталкивается с нарушениями пищевого поведения [1,2].

Цели исследования: оценить проблемы формирования пищевого поведения у детей в возрасте от 1 до 3 лет в г. Санкт-Петербурге на основе анализа данных при опросе родителей.

Материалы и методы: на базе он-лайн платформы «Google формы» была создана анкета, с помощью которой был произведен опрос 298 родителей, имеющих детей в возрасте от 1 года до 3 лет. В качестве площадки опроса использовалась социальная сеть ВКонтакте.

Результаты: согласно полученным данным только 28% детей имеет 5 организованных приемов пищи в день, 51% — имеют 4 кормления в день, 21% — 3 кормления. Больше половины детей (52%) имеют 2 перекуса в день. Самыми распространенными перекусами явились мучные изделия (30%), а также овощи и фрукты (27%). Стоит отметить, что 78% родителей не уделяет внимания оформлению блюда, а 57% предлагают еду из баночки/упаковки не выкладывая ее в посуду. Обращает на себя внимание, что 12% детей, не любят овощи. Совместный прием пищи не организуется у 7% семей, а 16% не обеспечивает адекватной замены блюд, от которых отказался ребенок. Во время приема пищи примерно одинаковое количество детей (23%) смотрят планшет/телефон и взрослых (24%) смотрят телевизор. Отмечен высокий процент (37%) семей, посещающих фаст-фуд с детьми, при этом 26% из них предлагают отдельные позиции из меню.

Выводы: анализ полученных данных показал, что следует больше внимания уделять пищевому поведению детей раннего возраста, поскольку именно в этот период происходит его формирование. Необходимо обеспечивать полноценные 5 приемов пищи в день, стремиться к полному исключению перекусов. Важно рекомендовать родителям уделять внимание оформлению блюд и выкладывать уже готовые блюда из упаковки в посуду ребенка. Следует вводить в рацион большее количество овощей и фруктов и обеспечивать адекватную замену блюд, от которых отказался ребенок. Ребенок должен принимать пищу в спокойной обстановке необходимо убрать игрушки, выключить телевизор. Важно исключать фаст-фуд из рациона как детей, так и их родителей.

Литература

1. Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской НЗ5 Федерации / Союз педиатров России [и др.]. 2-е изд., испр. и доп. М.: ПедиатрЪ, 2016. 36 с.
2. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. 3-е изд., доп. и перераб. СПб.: Фолиант. 2009. 1008 с.