

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

© Завьялова Анна Никитична, Мусаева Анжела Шамиловна,
Спиркова Анастасия Александровна, Хусаинова Индира Ильгизовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: anzavjalova@mail.ru

Ключевые слова: нутритивный статус; госпитализированные дети; белково- энергетическая недостаточность

ВВЕДЕНИЕ

Нутритивный статус (НС) оказывает влияние на уровень адаптации человека к воздействию окружающей среды, тяжесть течения патологических процессов, темпы выздоровления, эффективность терапии. Нарушения питания могут способствовать увеличению сроков госпитализации в 2 раза, частоты осложнений в 3 и более раз.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить НС детей, находящихся на лечении в отделениях клиники.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 62 ребенка в возрасте 1–17 лет. В психоневрологическом отделении — 19 детей, средний возраст 7,8 лет (из них 9 мальчиков), в соматических отделениях: 15 детей из 3 педиатрического, 2 — из гастроотделения, 1 — из 1 ПО, 1 — из эндокринологии, средний возраст 9 лет (из них 8 мальчиков). Во 2-м хирургическом отделении осмотрено 12 детей, средний возраст 14 лет (6 мальчиков), и в глазном отделении 12 детей, средний возраст 11 лет (4 мальчика). Методами антропометрии исследовали массу тела, рост, индекс массы тела (ИМТ), окружность плеча, толщину кожной складки над трицепсом (КЖСТ). Определяли группы риска по развитию белково-энергетической недостаточности с помощью различных шкал нутритивного риска путем анкетирования. У детей из 2 хирургического отделения — нутритивный статус изучали более подробно: опросно-анкетным методом оценивали фактическое питание,

исследовали толщину кожных складок (в 4-х точках) с расчетом содержания жира в организме, ручным биоимпедансметром измеряли содержание жировой ткани. Статистический анализ, включавший методы параметрической статистики, а также ранговые корреляции Спирмена, проводили с помощью ПО Статистика 6.1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Дети в психоневрологической патологией в 53% случаев имели дефицит нутритивного статуса, различные степени белково-энергетической недостаточности, чаще 2 и 3 степени. Рост распределялся от 1 до 7 центильных коридоров (цк), в среднем в 4; масса тела — от 1 до 7 цк, в среднем — в 3,6; ИМТ от 1 до 7 цк, в среднем 3,7; и КЖСТ от 1 до 7 цк, в среднем 3,1.

Среди пациентов с соматической патологией — 37% имели белково-энергетическую недостаточность. Рост обследованных детей распределялся от 1 до 7 цк, в среднем в 4; масса тела — от 1 до 7 цк, в среднем — в 3,4; ИМТ от 1 до 7 цк, в среднем 4,2; и КЖСТ от 1 до 7 цк, в среднем 4,2.

В глазной клинике практически все дети были с нормальным нутритивным статусом или ожирением. Рост распределялся от 4 до 7 цк, в среднем в 5; масса тела — от 4 до 7 цк в среднем — в 5,3; ИМТ от 3 до 7 цк, в среднем 5,3; и КЖСТ у всех в 7 цк.

Во 2-м хирургическом отделении выявлено 42% детей с белково-энергетической недостаточностью. Рост распределялся от 1 до 7 цк, в среднем в 3,7; масса тела — от 1 до 7 цк, в среднем — в 3,8; ИМТ от 1 до 7 цк, в среднем 3,6; и КЖСТ от 1 до 7 цк, в среднем 4,41.

Рацион питания, оцениваемый по продуктовому набору, был дефицитным у 24% детей, у 43% соответствовал физиологическим нормам и избыточным был у 33% детей. Однако, данные антропометрии свидетельствовали о дефиците обеспеченности нутриентами и энергией у 47% пациентов, обычном статусе питания лишь у 19% и избыточном — у 34%. Средние величины, выраженные в центильных коридорах, указывали на дефицит массы тела $3,86 \pm 0,37$, снижение роста $3,71 \pm 0,30$, индекса массы тела $3,62 \pm 0,42$. Дефицит энергии подтверждали и результаты оценки жировых отложений методом калиперометрии $18,87 \pm 1,37$. Анализ нутритивного статуса детей с дефицитным рационом показал существенный дефицит массы тела (в центильных коридорах) $2,0 \pm 0,45$, ИМТ $1,80 \pm 0,37$, а также содержания жира в организме $13,99 \pm 1,65$. Были установлены высокие достоверные ($p < 0,05$) корреляционные связи между фактическим питанием и данными антропометрии:

массой тела ($r=0,82$), ИМТ ($r=0,71$), толщиной кожной складки над трицепсом ($r=0,68$), суммой складок в 4 точках ($r=0,71$), содержанием жира в организме ($r=0,67$).

ВЫВОДЫ

Были выявлены нарушения НС у 44% госпитализированных детей, получающих лечение, как на соматических, так и на хирургических отделениях клиники. Чаще, БЭН наблюдалась у пациентов с тяжелой психоневрологической и ортопедической патологией. Дети с острой патологией — чаще имели нормальный или избыточный НС. Установлено влияние фактического питания на показатели структур тела. Анализ историй болезни показал — крайне редко имеет место отметка о сопутствующей патологии, влияющей на течение основного заболевания: дефицитном или избыточном нутритивном статусе пациента.