

Е. А. Трестьян, Д.С. Зенькова

ПРОБЛЕМА БЭН И СТРУКТУРА ЕЁ ПРИЧИН ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ГЭБ 4-ОЙ ДГКБ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. О. Н. Назаренко

Кафедра пропедевтики детских болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** В данной статье представлены результаты анализа 33 историй болезней детей, поступивших на учёт в отделение гастроэнтерологии 4-ой ГДКБ в 2014 и 2015 годах, и имеющих в качестве основного или сопутствующего заболевания белково-энергетическую недостаточность.*

***Ключевые слова:** белково-энергетическая недостаточность (БЭН), истории болезни, сопутствующее заболевание .*

***Resume.** In the given article are presented consequents of analysis of 33 children's case histories, who have been admitted to the department of gastroenterology in 4th CCCH in 2014 and 2015 and had as a main or accompanied disease PEM.*

***Keywords:** protein–energy malnutrition (PEM), case histories, associated disease.*

Актуальность. Дистрофия – хроническое расстройство питания и трофики

тканей, нарушающее правильное гармоничное развитие ребенка (Г.Н.Сперанский). По данным А.А.Баранова, частота тяжелых дистрофий в Российской Федерации составляет 2%, в странах с низким уровнем экономического развития 10-20%, а данных о распространенности дистрофий легкой и среднетяжелой степеней нет из-за их редкой регистрации [1].

В современной научной литературе уделяется большое внимание вопросам паратрофии и ожирения [2]. Однако проблема дистрофии является сегодня не менее актуальной. По данным некоторых авторов, частота БЭН у детей грудного возраста составляет 7-11% [3], а распространенность недостаточной массы и длины тела среди госпитализированных детей высока даже в развитых странах: 26-40% — во Франции, 31% — в Германии и Нидерландах [4].

Цель: Исследовать основные причины БЭН. Выделить наиболее частые диагнозы, при которых БЭН выступала как сопутствующее заболевание.

Задачи:

1. Определить степени БЭН у детей с помощью программы ВОЗ «Anthro».
2. Проанализировать структуру сопутствующих заболеваний.
3. Изучить результаты лабораторных исследований и определить наиболее показательные из них.

Материал и методы. Был проведен анализ историй болезни детей, поступивших в отделение в 2014 и 2015 годах с оценкой основных и сопутствующих заболеваний.

Для определения степени БЭН были применены следующие методы: метод антропометрии с определением процента дефицита массы тела от долженствующей по возрасту; вычисление эпидемиологического индекса Z-score (чаще всего с использованием современной компьютерной программы ВОЗ «Anthro»); стандартные карты развития; центильные таблицы и вычисление индекса массы тела у детей старше 5 лет.

Результаты и их обсуждение. Были пранализированны 33 истории болезней детей в возрасте от 7 месяцев до 17 лет. Все истории болезней были разделены на 2 группы. В группе 1 оказались истории детей, поступивших с БЭН, выступавшей в качестве основного диагноза, а в группе 2 истории детей, для которых БЭН являлась сопутствующим диагнозом.

При анализе возрастной структуры было установлено, что в 1 группе в значительной степени преобладают дети раннего возраста. 73% занимают дети в возрасте от 7 мес до 3 лет. Во 2 группе распределение по возрастам было относительно равномерным. В 1 группе БЭН I степени встречалась в 45,4 % случаев, БЭН II степени в 36,3%, БЭН III степени в 18,3 % случаев. В то время как во 2 группе в основном преобладала БЭН I степени - 86,3% и наблюдалась минимальная доля II и III степеней 9% и 4,7% соответственно. Самой популярной жалобой в 1 группе стал недобор

веса (81,8%), что свидетельствует о большой роли алиментарного генеза в развитии БЭН. Во 2 группе жалобы были более разнообразными: боли в животе (41%), функциональный запор/диарея (36,4%), резкая потеря веса (27,3%) и другие, что говорит о наличии других основных заболеваний (таблица 1).

Таблица 1. Сравнительная характеристика основных жалоб в группах наблюдения

ГРУППА 1		ГРУППА 2	
Недобор веса	81,8%	Боли в животе	41%
Функциональный запор (диарея)	54,5%	Функциональный запор (диарея)	36,4%
Боли в животе	18,1%	Резкая потеря веса	27,3%
Лямблиоз в анамнезе	18,1%	Остановка в наборе массы	18,1%
Плохой аппетит	18,1%	Плохой сон	13,6%
Слизь в кале	9%	Вздутие живота	9%
		Потеря сознания	4,5%
		Слизь в кале	4,5%
		Лямблиоз в анамнезе	4,5%

Среди сопутствующих диагнозов чаще других встречались следующие: синдром мальабсорбции (18,1%), функциональный запор/диарея (17,4%), лактазная недостаточность (11,3%), дисбактериоз (9,8%) (рисунок 1)

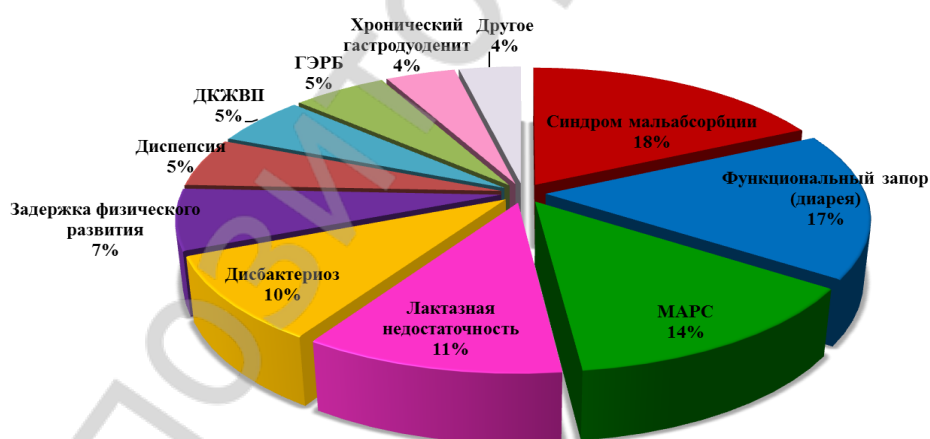


Рисунок 1 - Общая группа сопутствующих заболеваний

При изучении результатов общего анализа крови было установлено, что средний уровень гемоглобина в выборке составил 128 г/л. Понижение уровня гемоглобина наблюдалось в 18% случаев. Средний уровень сывороточного железа по выборке составил 14,8 мкмоль/л. Пониженный уровень сывороточного железа наблюдался в 35,7% случаев.

Следует обратить внимание на исследование, которое довольно широко используется в обыденной практике врача, а именно на копрограмму. В обеих группах довольно часто наблюдалась креаторея, наиболее же показательной при обследовании явилась стеаторея, которая встречалась в 100% случаев (хотя и в незначительной степени).

В отношении уровня нормальной микрофлоры мы не нашли существенных различий. В обеих группах основные показатели находились в пределах нормы. При анализе условно-патогенной микрофлоры следует обратить внимание на более широкий спектр условно-патогенных бактерий у детей с более тяжёлым вариантом БЭН в 1 группе. По результатам анализа были выявлены стафилококк, клебсиелла, клостридии, цитробактер и другие (таблица 2).

Таблица 2. Условно-патогенная кишечная флора

ГРУППА 1	ГРУППА 2
Стафилококк	Кандида
Клебсиелла	Дрожжевые грибы
E.coli	Стафилококк
Клостридии	Клебсиелла
Дрожжевые грибы	
Цитробактер	
Патогенный энтеробактер	

Эти данные говорят о том, что в комплекс лечения белково-энергетической недостаточности необходимо включать пробиотики.

Выводы:

1 БЭН как основное заболевание чаще наблюдается у детей раннего возраста и протекает тяжелее.

2 Если БЭН является сопутствующей, то она может наблюдаться в любом возрасте с незначительным преобладанием среди девочек.

3 Причины БЭН на современном этапе разнообразны, но наиболее частыми среди них являются: синдром мальабсорбции (неуточненного генеза), лактазная недостаточность. Алиментарный генез данного состояния не является редкостью.

4 Более тяжелые варианты БЭН могут сопровождаться снижением уровня сывороточного железа и гемоглобина.

5 В комплекс обследования пациентов с БЭН важно включать такие информативные лабораторные исследования как копрограмма и анализ кала на дисбиоз с последующей коррекцией обнаруженных нарушений.

E. A. Trestian, D. S. Zenkova

THE PEM PROBLEM AND THE STRUCTURE OF IT'S CAUSES

Tutor Associate professor O. N. Nazarenko

Department of Propedeutics of childhood diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Баранов, А.А. Детские болезни. Учебник /под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-МЕД. 2002г. – 880с.
2. ВОЗ [Электронный ресурс]. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Избыточный вес и ожирение среди детей. URL: www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/ru (дата обращения: 02.01.2016).
3. Туркина, Т.И. Коррекция нарушений липидного обмена у детей грудного возраста с гипотрофией. Т.И.Туркина, В.В.Шахтарин, Л.И.Пугачева, Р.Г.Артамонов, Л.Ф.Марченко // Российский педиатрический журнал. – 2009. №1. – С.32-36.).
4. Корсунский, А.А. Определение степени недостаточности питания при неотложных состояниях у детей // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. 2007, Том 4, №5, С.59 -66.
5. Диагностика и коррекция белково-энергетической недостаточности и нарушений трофологического статуса у детей/ Назаренко. О.Н., Юрчик К.В., Дмитрачков В.В. //Учебно-методическое пособие. –2015. – 56 с.