

ская клиническая больница». Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel» 2016.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализируемую группу составили 16 (53,33 %) мальчиков и 14 (46,67 %) девочек. Среди мальчиков в возрасте от 7 до 9 лет было 9 (30 %) пациентов, от 10 до 13 лет — 3 (10 %) человека, от 14 до 16 лет — 4 (13,33 %) ребенка. Средний возраст мальчиков составил  $10,5 \pm 3,1$  лет. Среди девочек в возрасте от 7 до 9 лет было 5 (16,67 %) пациентов, от 10 до 13 лет — 3 (10 %) ребенка, от 14 до 16 лет — 6 (20 %) человек. Средний возраст девочек составил  $11,2 \pm 3,4$  лет.

В ночное время ГТКС выявлялись у 6 (20 %) мальчиков и 4 (13,33 %) девочек. В дневное время приступы судорог регистрировались у 7 (23,33 %) мальчиков и 3 (10 %) девочек. Утром судорожная активность отмечалась у 5 (16,67 %) мальчиков и 5 (16,67 %) девочек ( $\chi^2 = 1,071$ ,  $p = 0,586$ ).

Во время сна в течение суток ГТКП были зарегистрированы у 9 (30 %) мальчиков и 5 (16,67 %) девочек. У остальных 16 (53,33 %) пациентов судороги встречались в период бодрствования ( $\chi^2 = 1,265$ ,  $p = 0,261$ ).

Период манифестации заболевания среди мальчиков приходился на возраст от 7 до 9 лет — у 9 (30 %) человек, от 10 до 13 лет — у 4 (13,33 %) пациентов, от 14 до 16 лет — у 3 (10 %) детей. Средний возраст манифестации ГТКП среди мальчиков составил  $9,8 \pm 3,3$  лет. Среди девочек в возрасте от 5 до 9 лет у 5 (16,67 %) человек, от 10 до 13 лет — у 5 (16,67 %) пациентов, от 14 до 16 лет — у 4 (13,33 %) детей. Средний возраст периода манифестации приступов среди девочек составил  $10,6 \pm 3,5$  лет.

Длительность приступа в течение 15 с регистрировалась у 1 (3,33 %) пациента, 30 с — у 7 (23,33 %) человек, 1 мин — у 2 (6,67 %) детей, 2 мин — у 3 (10 %) пациентов, 3 мин — у 4 (13,33 %) человек, 5 мин — у 11 (36,67 %) детей, 8 мин — у 1 (3,33 %) ребенка, 15 мин — у 1 (3,33 %) человека.

### **Выводы**

1. Генерализованные тонико-клонические судороги чаще встречались у мальчиков в возрасте от 7 до 9 лет.
2. В большинстве случаев приступы у детей регистрировались в дневное время в период бодрствования.
3. Период манифестации заболевания у мальчиков отмечался раньше, чем у девочек: в возрасте от 7 до 9 лет.
4. Длительность приступа тонико-клонических судорог по времени наиболее часто составляла от 3 до 5 мин.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Петрухин, А. С. Детская неврология / А. С. Петрухин. М. : МИА, 2018. 403 с.
2. Гузева, В. И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / В. И. Гузева. М. : Медицинское информационное агентство, 2007. 302 с.

УДК 612.66-053.36:613.953.11/.13(476.2-25) (476.6-25)

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Г. ГОМЕЛЯ И Г. БРЕСТА, НАХОДИВШИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ**

**Кравченко А. Д., Власюк А. О.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Физическое развитие — это совокупность морфологических и функциональных признаков в их взаимосвязи и зависимости от окружающих условий, характеризующих процесс созревания в данный момент времени [1]. Для оцен-

ки физического развития используют основные антропометрические показатели: длину тела (ДТ), массу тела (МТ), окружности головы (ОГ) и грудной клетки (ОГК). Данные показатели отражают состояние здоровья ребенка и позволяют выявить различные отклонения [2, 3]. Первый год жизни характеризуется высокими темпами физического развития. В данный период идет становление пищеварения и обменных процессов и характер питания выходит на первый план [3].

Рациональное вскармливание обеспечивает оптимальные темпы роста и развития ребенка. Грудное вскармливание, в большинстве случаев, благоприятно влияет на физическое развитие детей. При отсутствии грудного вскармливания и переводе ребенка на искусственное увеличивается риск дисгармоничного развития ребенка, так как изменяется количественный и качественный состав пищевых веществ [2, 4].

#### **Цель**

Сравнительный анализ физического развития детей первого года жизни г. Гомеля и г. Бреста, находившихся на разных видах вскармливания.

#### **Материал и методы исследования**

На базе филиала № 6 ГУЗ «Гомельская городская центральная детская клиническая поликлиника» был проведен ретроспективный анализ 145 историй развития доношенных детей (75 мальчиков и 70 девочек). Дети находились на 3 видах вскармливания, большинство (62,75 %) — на естественном вскармливании, 32,42 % — на искусственном, 4,83 % — на смешанном. Также было проанализировано 100 историй развития ребенка (50 мальчиков и 50 девочек) на базе педиатрического отделения № 2 ГУЗ «Брестская городская детская поликлиника № 2». Среди обследованных преобладали дети, находившиеся на естественном вскармливании, — 89 (89 %) человек, остальные дети находились на искусственном вскармливании — 11 (11 %) человек.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения «Microsoft Office Excel», 2016. Описание количественных признаков выполнено с помощью среднего арифметического значения и стандартной ошибки ( $M \pm m$ ). Различия между изучаемыми показателями считали статистически значимыми при значении  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средняя масса тела при рождении у детей, находившихся на естественном вскармливании в г. Гомеле, составила  $3510,23 \pm 38,61$  г, а в г. Бресте —  $3574,68 \pm 47,19$  г. У детей, находившихся на искусственном вскармливании, данные показатели были равны:  $3081,11 \pm 141,16$  г — у детей г. Гомеля и  $2517,27 \pm 342,14$  г — у детей г. Бреста. При смешанном вскармливании в г. Гомеле средние показатели МТ при рождении составили  $3290 \pm 127,59$  г. У детей первого года жизни наблюдается неравномерная прибавка показателей массы по сравнению со стандартными показателями: наиболее интенсивно прибавка идет в первом квартале, где показатели были выше стандартных на 19,5–27,63 % (выше показатели у детей г. Гомеля), а при искусственном вскармливании — на 28,94–41,38 % (выше у детей г. Бреста). В последующие кварталы наблюдается снижение показателей прибавки. В 3 и 4 кварталах при естественном вскармливании наблюдаются примерно равные прибавки в обоих городах с небольшими отклонениями. Во 2 квартале показатели прибавки достоверно выше у детей г. Бреста: 1866,29 и 1156,25 г соответственно ( $p = 0,016$ ). При искусственном вскармливании у детей г. Гомеля выше прибавка в 4 квартале: 1647,62 и 931,81 г, у брестских младенцев — выше во 2 и 3 кварталах: во 2 квартале — 1949,54 и 1543,68 г, в 3 квартале — 1313,64 и 536,45 г. В 4 квартале у детей г. Гомеля при смешанном и искусственном вскармливании показатели прибавки были выше стандартных на 44 % при смешанном и на 37,3 % при искусственном соответственно ( $p = 0,003$ ).

Показатели длины тела при рождении у детей, находившихся на естественном вскармливании, достоверно выше в г. Гомеле и составили  $53,77 \pm 0,23$  см, а в г. Бресте —  $52,95 \pm 0,24$  см ( $p = 0,002$ ). При искусственном вскармливании данные показатели также выше у детей г. Гомеля:  $51,27 \pm 0,99$  см и  $46,18 \pm 2,46$  см. При смешанном вскармливании в г. Гомеле показатели ДТ при рождении составили  $52,81 \pm 0,58$  см. Показатели прироста длины тела у детей г. Гомеля и г. Бреста, находившихся на естественном вскармливании, составили: в 1 квартале — 8,85 см, у детей г. Бреста и 2,61 см, у гомельских, во 2 — 6,84 и 12,02 см (выше прирост у гомельских детей), в 3 — 4,57 и 4,97 см (выше у гомельских), в 4 — 4,14 и 4,11 см (выше у брестских).

У детей г. Гомеля, находившихся на искусственном вскармливании, показатели прироста выше стандартных во 2 квартале на 109,85 %, у детей г. Бреста — в 1 квартале достоверно выше на 47,06 % ( $p = 0,0001$ ). В 3 квартале показатели прироста ниже стандартных на 9,82 % у детей г. Бреста и на 87,82 % у детей г. Гомеля. В 4 квартале показатели прироста были выше стандартных на 49,11 % у детей г. Гомеля и на 21,11 % у детей г. Бреста. При смешанном вскармливании у детей г. Гомеля максимальные показатели прироста ДТ были отмечены во 2 и 4 кварталах: 13,64 и 6,77 см соответственно.

Показатели ОГ при рождении у детей, находившихся на естественном вскармливании, достоверно выше в г. Бресте и составили  $35,05 \pm 0,16$  см., а в г. Гомеле —  $34,62 \pm 0,13$  см ( $p = 0,04$ ). При искусственном вскармливании данные показатели выше у детей г. Гомеля:  $33,63 \pm 0,42$  и  $31,73 \pm 1,29$  см. При смешанном вскармливании в г. Гомеле данные показатели при рождении составили  $34,56 \pm 0,36$  см. Показатели прироста окружностей головы у детей, находившихся на разных видах вскармливания, приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели прироста окружностей головы (см) у детей, находившихся на разных видах вскармливания

Квартал	Естественное вскармливание		Искусственное вскармливание		Смешанное вскармливание, г. Гомель
	г. Гомель	г. Брест	г. Гомель	г. Брест	
1	4,87	5,26	5,78	7,46	5,74
2	0,16	2,8	0,66	3,27	2,89
3	2,16	3,21	0,45	1,82	1,34
4	1,25	0,34	3,67	1,27	1,48

По данным таблицы отмечаем, что показатели прироста ОГ у детей г. Бреста выше в 3 квартале, тогда как у детей г. Гомеля — в 4 квартале. За год прибавка окружности головы у детей на естественном вскармливании была ниже на 6 % у детей г. Бреста и на 27,25 % у гомельских детей, на искусственном вскармливании — выше на 10,6 % по сравнению с рекомендуемыми показателями в г. Бресте и ниже на 12 % в г. Гомеле.

Показатели ОГК при рождении у детей, находившихся на естественном вскармливании, примерно равны и составили  $33,81 \pm 0,41$  см, а в г. Гомеле —  $33,5 \pm 0,14$  см. При искусственном вскармливании данные показатели составили:  $32,48 \pm 0,48$  и  $32,83 \pm 0,91$  см. При смешанном вскармливании в г. Гомеле показатели ОГК при рождении составили  $33,03 \pm 0,42$  см. В 1 квартале при всех видах вскармливания показатели прироста выше рекомендуемых ВОЗ: при естественном — на 26,22–96,67 % (выше у брестских детей;  $p = 0,003$ ), при искусственном — на 44,89–109,78 % (также выше у брестских), при смешанном — на 63,11 %. Поквартальные показатели прироста окружности грудной клетки у детей при естественном и искусственном вскармливании приведены в таблице 2.

Таблица 2 — Поквартальные показатели прироста окружности грудной клетки (см) у детей при естественном и искусственном вскармливании

Квартал	Естественное вскармливание		Искусственное вскармливание	
	г. Гомель	г. Брест	г. Гомель	г. Брест
1	5,68	7,6	6,52	9,44
2	2,48	3,25	2,34	5,82
3	2,97	2,19	1,78	2,55
4	2,33	2,06	3,61	1,36

За 12 месяцев показатели прироста ОГК у детей ниже стандартных на 3,94 % при естественном вскармливании у детей г. Бреста и на 10,27 % у гомельских детей и при искусственном выше на 23,67 % — у детей г. Бреста и ниже на 5 % — у детей г. Гомеля.

#### **Выводы**

1. Наиболее интенсивно прибавка МТ отмечается в первом квартале, где показатели были выше стандартных на 19,5–27,63 % (выше показатели у детей г. Гомеля), а при искусственном вскармливании — на 28,94–41,38 % (выше у детей г. Бреста). Во 2 квартале показатели прибавки достоверно выше у детей г. Бреста: 1866,29 и 1156,25 г соответственно ( $p = 0,016$ ).

2. У детей г. Гомеля, находившихся на искусственном вскармливании, показатели прироста ДТ выше стандартных во 2 квартале на 109,85 %, у детей Бреста — в 1 квартале достоверно выше на 47,06 % ( $p = 0,0001$ ). При естественном вскармливании — показатели прироста также выше во 2 квартале у гомельских детей, в 1 квартале — у детей г. Бреста.

3. Показатели прироста ОГ у детей г. Бреста выше в 3 квартале при любом виде вскармливания, тогда как у детей г. Гомеля — только в 4 квартале.

4. В 1 квартале при всех видах вскармливания показатели прироста ОГК выше рекомендуемых ВОЗ: при естественном — на 26,22–96,67 % (выше у брестских детей,  $p = 0,003$ ), при искусственном — на 44,89–109,78 % (также выше у детей г. Бреста), при смешанном — на 63,11 %.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Баранов, А. А. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации / А. А. Баранов, В. Р. Кучма. М.: Изд-во «ПедиатрЪ», 2013. 192 с.
2. Баранов, А. А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Н. А. Скоблина. М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2008. 216 с.
3. Гмошинская, М. В. Поддержка грудного вскармливания: системный подход / М. В. Гмошинская // Вопросы детской диетологии. 2012. № 5. С. 57–63.
4. Козловский, А. А. Вскармливание детей первого года жизни: проблемы и пути их решения / А. А. Козловский, Д. А. Козловский, И. А. Козловская // Проблемы здоровья и экологии. 2016. № 3. С. 81–85.

УДК 616.12-073.7+615.47]:616.12-008.331.1-053.6

### **РЕЗУЛЬТАТЫ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У ШКОЛЬНИКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 И 2 СТЕПЕНИ**

**Крамкова У. Ю., Игнатюк К. И.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Скуратова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) по сей день остаются одной из самых актуальных проблем нашего общества. Заболевания ССС выявляются у разных возрастных групп, в том числе и у детей школьного возраста [2, 4].