

соответственно, варикозное расширение вен у 5 ($11,1 \pm 4,6$ %) женщин основной группы и у 2 ($4 \pm 2,7$ %) в группе контроля.

Выводы

1. Избыточная масса тела у пациенток с антенатальной гибелью плода наблюдается в 2,8 раза чаще, чем у женщин с благоприятным исходом беременности: у 20 ($44,4 \pm 7,4$ %) женщин в основной против 7 ($14 \pm 4,9$ %) в группе контроля ($p = 0,006$). Что соответствует данным мировых исследований и является доказанным фактором риска антенатальной гибели плода.

2. По полученным результатам нашего исследования было установлено, что антенатальная гибель плода встречается статистически чаще у первородящих женщин 29 ($62,2 \pm 7,2$ %) против 17 ($34 \pm 6,69$ %) в группе сравнения ($p = 0,02$).

3. Наличие соматических заболеваний в частности эндокринной и мочевыделительной систем чаще встречается у пациенток с неблагоприятным исходом беременности и прямо или косвенно может оказывать воздействие на исход беременности, что требует дальнейшего исследования.

4. Таким образом, профилактика избыточного веса до беременности и в период самой беременности, включающая контроль массы тела, различных метаболических нарушений, соблюдение правил сбалансированного питания и адекватных физических нагрузок, может помочь предупредить целый ряд негативных последствий связанных с ожирением во время беременности и снизить риск антенатальных потерь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалева, Ю. В. Роль ожирения в развитии нарушений менструальной и репродуктивной функций / Ю. В. Ковалева // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2014. — № 14(2). — С. 43–51.
2. Абдоминальное ожирение: клиничко-социальные аспекты проблемы / В. Б. Гриневич [и др.] // Фарматека. — 2012. — № 16. — С. 29–34.
3. Население, имеющее избыточный вес / И. В. Медведева [и др.] // Женщины и мужчины Республики Беларусь: статистический сборник, Минск, 9 июня, 2016 // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. — 2016. — С. 79.
4. Maternal prepregnancy obesity and cause-specific stillbirth / L. M. Bodnar [et al.] // The American journal of clinical nutrition. — 2015. — Vol. 102. — P. 1033–1040.

УДК 616.31/.34-002.44-053.2/.6

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Тёлкин К. Ю., Малявко В. С.

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Физическое развитие детей и подростков, характеризующее процесс роста и созревания организма, является ведущим критерием здоровья популяции и позволяет прогнозировать жизнеспособность взрослого населения страны. Ведущее место среди заболеваний ЖКТ у детей занимает гастродуоденальная патология, причем в последние годы наблюдается тенденция к ее «омоложению», увеличению числа больных с деструктивными формами заболевания, склонностью к рецидивирующему течению.

На стадии функциональных нарушений происходит сбой регуляции работы желудка и двенадцатиперстной кишки, а при органической патологии эти нарушения усиливаются, что способствует хронизации процесса у детей и переходу указанных заболеваний в патологию взрослого населения.

На физическое развитие ребенка влияет достаточно большое число факторов, в том числе наличие патологии желудочно-кишечного тракта.

Цель

Оценить физическое развитие детей и подростков с эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов пищеварительного тракта.

Материал и методы исследования

Проанализировано 243 истории болезни детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 1 У «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2015–2016 гг. по поводу заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта с эрозивно-язвенными поражениями (по МКБ-10: K22.1 — язва (эрозия) пищевода, K25 — язва (эрозия острая) желудка, K26 — язва (эрозия острая) двенадцатиперстной кишки). У одного мальчика диагностированы эрозия пищевода и язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Исследуемую группу составили 200 детей: 86 (43 %) девочек и 114 (57 %) мальчиков. При госпитализации всем пациентам измеряли массу и длину тела. Физическое развитие оценивалось по центильным таблицам (Гродно, 2000).

Результаты исследования и их обсуждение

По локализации эрозивно-язвенного дефекта выделено 3 подгруппы: K22.1 — 119 пациентов (45 (37,8 %) девочек и 74 (62,2 %) мальчика), K25 — 37 детей (21 (56,8 %) девочка и 16 (43,2 %) мальчиков), K26 — 44 человека (20 (45,5 %) девочек и 24 (54,5 %) мальчика). У пациентов исследуемой группы в пищеводе и желудке выявлены только эрозии, в двенадцатиперстной кишке — эрозии и язвы («свежие» и рубцы) с преимущественной локализацией в луковице.

Результаты оценки физического развития представлены в таблицах 1–4.

Таблица 1 — Физическое развитие девочек

| Физическое развитие | K22.1 | K25 | K26 | Всего |
|----------------------|-------------|------------|------------|-------------|
| Среднее | 16 (35,6 %) | 5 (23,8 %) | 8 (40 %) | 29 (33,7 %) |
| Выше среднего | 11 (24,4 %) | 5 (23,8 %) | 6 (30 %) | 22 (25,6 %) |
| Высокое | 4 (8,9 %) | 2 (9,5 %) | — | 6 (7 %) |
| Очень высокое | 2 (4,45 %) | — | — | 2 (2,3 %) |
| Ниже среднего | 4 (8,9 %) | 3 (14,3 %) | 2 (10 %) | 9 (10,5 %) |
| Низкое | 2 (4,45 %) | — | — | 2 (2,3 %) |
| Очень низкое | — | — | 1 (5 %) | 1 (1,2 %) |
| Резко дисгармоничное | 6 (13,3 %) | 6 (28,6 %) | 3 (15 %) | 15 (17,4 %) |
| Всего: | 45 (100 %) | 21 (100 %) | 20 (100 %) | 86 (100 %) |

Таблица 2 — Физическое развитие мальчиков

| Физическое развитие | K22.1 | K25 | K26 | Всего |
|----------------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| Среднее | 7 (9,5 %) | 5 (31,25 %) | 8 (33,2 %) | 20 (17,5 %) |
| Выше среднего | 13 (17,6 %) | 2 (12,5 %) | 4 (16,7 %) | 19 (16,7 %) |
| Высокое | 20 (7 %) | 7 (43,75 %) | 4 (16,7 %) | 31 (27,2 %) |
| Очень высокое | 16 (21,6 %) | — | — | 16 (14 %) |
| Ниже среднего | 5 (6,7 %) | 1 (6,25 %) | 2 (8,3 %) | 8 (7 %) |
| Низкое | — | — | 1 (4,2 %) | 1 (0,9 %) |
| Очень низкое | — | — | 1 (4,2 %) | 1 (0,9 %) |
| Резко дисгармоничное | 13 (17,6 %) | 1 (6,25 %) | 4 (16,7 %) | 18 (15,8 %) |
| Всего: | 74 (100 %) | 16 (100 %) | 24 (100 %) | 114 (100 %) |

Таблица 3 — Гармоничность физического развития девочек

| Физическое развитие | K22.1 | K25 | K26 | Всего |
|----------------------|-------------|------------|------------|-------------|
| Гармоничное | 19 (42,2 %) | 8 (38,1 %) | 9 (45 %) | 36 (41,9 %) |
| Дисгармоничное | 17 (37,8 %) | 6 (28,6 %) | 8 (40 %) | 31 (36 %) |
| Резко дисгармоничное | 9 (20 %) | 7 (33,3 %) | 3 (15 %) | 19 (22,1 %) |
| Всего: | 45 (100 %) | 21 (100 %) | 20 (100 %) | 86 (100 %) |

Таблица 4 — Гармоничность физического развития мальчиков

| Физическое развитие | K22.1 | K25 | K26 | Всего |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Гармоничное | 30 (40,5 %) | 7 (43,75 %) | 10 (41,7 %) | 47 (41,2 %) |
| Дисгармоничное | 23 (31,1 %) | 5 (31,25 %) | 9 (37,5 %) | 37 (32,5 %) |
| Резко дисгармоничное | 21 (28,4 %) | 4 (25 %) | 5 (20,8 %) | 30 (26,3 %) |
| Всего: | 74 (100 %) | 16 (100 %) | 24 (100 %) | 114 (100 %) |

Выводы

1. Эрозии пищевода в 1,6 раза чаще встречались у мальчиков, физическое развитие у большинства из которых выше среднего, высокое и очень высокое, дисгармоничное.
2. Эрозии желудка в 1,3 раза чаще встречались у девочек, физическое развитие у которых среднее гармоничное, выше среднего дисгармоничное. У мальчиков чаще регистрируется высокое дисгармоничное и среднее гармоничное физическое развитие.
3. Эрозивно-язвенные поражения двенадцатиперстной кишки диагностированы у мальчиков и девочек, физическое развитие которых среднее гармоничное, у 1/3 девочек — выше среднего, у мальчиков одинаково часто встречается выше среднего и высокое, дисгармоничное.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии / А. А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. — 2002. — Т. 1, № 1. — С. 12–16.
2. Гастроэнтерология детского возраста / под ред. С. В. Бельмера, А. В. Хавкина. — М.: Медпрактика-М, 2003. — Т. 2. — 360 с.
3. Ляликов, С. А. Таблицы оценки физического развития детей Беларуси: метод, рекомендации / С. А. Ляликов, С. Д. Орехов. — Гродно, 2000. — 67 с.

УДК 616.441-053.1-053.2

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ У ДЕТЕЙ

Толкунова П. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

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

Введение

Врожденный гипотиреоз (ВГ) — заболевание щитовидной железы, встречающееся с частотой 1 случай на 4000–5000 новорожденных. В основе заболевания лежит полная или частичная недостаточность тиреоидных гормонов, вырабатываемых щитовидной железой, которая приводит к задержке развития всех органов и систем. В первую очередь страдает от недостатка тиреоидных гормонов центральная нервная система. При отсутствии лечения у ребенка больного врожденным гипотиреозом развивается выраженное отставание интеллектуального и физического развития — кретинизм. Признаки кретинизма — низкий рост, искривленные конечности, деформированное лицо, низкий уровень развития интеллекта, склонность к хроническим заболеваниям. Гипотиреоз у новорожденных детей имеет скудную клиническую картину или его симптомы вовсе отсутствуют из-за пассажа трансплацентарного гормона матери — тироксина (Т₄), период полураспада которого около 7 дней. Симптомы ВГ развиваются постепенно, особенно если ребенок находится на грудном вскармливании, поскольку в материнском молоке также содержатся гормоны щитовидной железы. В Республике Беларусь проводится скрининг всех новорожденных на выявление врожденного гипотиреоза. Основная функция этого исследования — постановка диагноза и излечение болезни до того, как появятся ее клинические признаки.

Скрининг в нашей стране проводится с 1991 г. Забор крови осуществляется на 3–5 день жизни малыша и определяется уровень тиреотропного гормона (ТТГ), концентрация которого увеличивается при врожденном гипотиреозе.

Цель

Выявить закономерности развития заболевания у новорожденных детей, опираясь на клинические и лабораторные данные.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах наблюдения 7 детей (2 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 5 суток до 1,5 месяцев, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области. В исследование включены дети с врожденным гипотиреозом, находившиеся в Учреждении «Го-