

системы. Из пороков сердца чаще выявлялся дефект межпредсердной перегородки. МВПР чаще встречались у девочек, матери которых страдали соматической, гинекологической патологией, имели вредные привычки. Состояние всех детей при рождении было средней тяжести либо тяжелым. Почти половине детей потребовалась ранняя хирургическая коррекция. Несмотря на положительную динамику на фоне лечения, необходимо продолжить реабилитацию данных пациентов на амбулаторном этапе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Неонатальный скрининг с целью раннего выявления критических врожденных пороков сердца: метод. рекоменд. – М.: М-Арт, 2012. – 36 с.
2. Детская кардиология: учебник / под ред. П. В. Шумилова, Н. П. Котлуковой. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 584 с.
3. Клайман, Ч. Неонатология : Гемодинамика и кардиология / Ч. Клайман, И. Сери. – М.: Логосфера, 2015. – 512 с.

УДК 614.2-053.5:37.018.522

А. А. Козловский¹, Л. А. Порфененко², А. В. Грибанов¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКИХ ШКОЛЬНИКОВ 1–11 КЛАССОВ

Введение

Здоровье детей и подростков имеет особое медико-социальное значение, определяя настоящее и будущее здоровье популяции, и является одной из наиболее актуальных проблем современности [5]. Данные официальной статистики и результаты научных исследований свидетельствуют о том, что на протяжении последних 20 лет наблюдается стойкая тенденция ухудшения здоровья детей и подростков: ежегодно растет заболеваемость детей по обращаемости, увеличивается распространенность хронических заболеваний, снижается количество здоровых детей во всех возрастных группах. Ухудшение здоровья детского населения приводит к таким негативным социальным последствиям, как неготовность к школьному обучению, ограничение профессиональной пригодности и к службе в армии, нарушение формирования и реализации репродуктивного потенциала, рождение нездорового поколения [3, 4].

В комплексном анализе здоровья населения важное место занимает заболеваемость. Заболеваемость — это показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.) [1]. По данным официального статистического сборника за 2019 год общая заболеваемость детского населения (0–17 лет) в Гомельской области составляла 211435,9 случаев на 100 тыс. детского населения, что превышает общереспубликанские показатели (в Республике Беларусь — 208079,4). Первичная заболеваемость у детей оказалась выше в ре-

спублике по сравнению с Гомельской областью (175484,6 и 172438,8 случаев на 100 тыс. детского населения) [2]. Патология чаще выявляется у детей в периоде обучения в школе, что определяет необходимость углубленного медицинского обследования современных школьников.

Цель

Провести сравнительный анализ состояния здоровья школьников 1–11 классов города Гомеля.

Материалы и методы исследования

Проведены оценка состояния здоровья и анализ показателей физического развития 641 школьника 1–11 классов г. Гомеля в возрасте от 7 до 17 лет, из них 316 (49,3 %) мальчиков и 325 (50,7 %) девочек.

Оценка состояния здоровья каждого школьника проводилось в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 96 от 12.08.2016 «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации». Для оценки состояния здоровья детей определяли наличие или отсутствие хронических заболеваний, уровень функционирования основных систем организма. Определение заболеваний осуществлялось врачом-педиатром с использованием Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Распределение детей по группам здоровья проводилось на основании заключений всех специалистов, осмотра ребенка и интерпретации полученных результатов.

Оценку физического развития детей выполняли по стандартам роста ВОЗ (2006) с использованием программы WHO AnthroPlus (2009) и определением величин Z-score: HAZ (Height-for-Age Z-score) — рост для возраста (норма от -2SD до +2SD) и BAZ (BMI-for-Age Z-score) — индекс массы тела для возраста (норма от -2SD до +1SD).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программного обеспечения «Microsoft Office Excel», 2016. С целью сопоставления анализируемых показателей между группами детей использовался критерий χ^2 . Различия между изучаемыми показателями считали статистически значимыми при значении $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Здоровье ребенка является важным интегрированным показателем, поскольку он определяет не только физические возможности, но и перспективы всестороннего развития. Анализ групп здоровья среди школьников 1–11 классов показал, что преимущественная часть детей (71,61 %) относится ко II группе здоровья (дети с морфофункциональными отклонениями), к I группе (абсолютно здоровые) — 15,44 %, к III группе (дети с хроническими болезнями в стадии компенсации) — 12,01 %, к IV группе (дети с хроническими болезнями в стадии декомпенсации) — 0,94 % (таблица 1). Достоверно чаще III и IV группы здоровья имели школьники 9–11 классов по сравнению с учениками 1–8 классов (26,1 и 2,5 %; 7,3 и 0,4 % соответственно; $p < 0,001$ и $p = 0,021$).

Таблица 1 — Распределение школьников по группам здоровья (в %)

Школьники	Группа здоровья			
	I	II	III	IV
1 класс	15,00	80,00	5,00	—
2 класс	25,00	68,33	5,00	1,67

Окончание таблицы 1

Школьники	Группа здоровья			
	I	II	III	IV
3 класс	28,33	71,67	—	—
4 класс	20,00	75,00	5,00	—
5 класс	18,34	68,33	13,33	—
6 класс	15,00	76,66	6,67	1,67
7 класс	21,67	70,00	8,33	—
8 класс	6,67	78,33	15,00	—
9 класс	6,67	63,33	26,67	3,33
10 класс	6,67	71,66	20,00	1,67
11 класс	2,44	60,97	34,15	2,44
Всего	15,44	71,61	12,01	0,94

Рейтинговое распределение указанной в медицинских справках патологии дает представление о преобладании тех или иных отклонений в состоянии здоровья детей. Первое место в структуре имеющейся патологии принадлежит нарушениям органа зрения, которые встречаются у 31,8 % детей. Наиболее распространенными болезнями глаз являются астигматизм, миопия, гиперметропия, косоглазие. Второе рейтинговое положение в представленной структуре заболеваемости детей занимают нарушения осанки и другие отклонения в опорно-двигательном аппарате (преимущественно плоскостопие и сколиоз), которые диагностируются в 30,1 % случаев. Следующее рейтинговое положение в структуре заболеваемости принадлежит нарушениям со стороны сердечно-сосудистой системы (17,3 %). Наиболее распространенными из них являются малые аномалии развития сердца (аномальная хорда левого желудочка, пролапс митрального и трикуспидального клапанов и др.), нарушения ритма сердца и врожденные пороки сердца. У 13,7 % детей встречается патология ЛОР-органов (аденоидные вегетации, гипертрофия небных миндалин, хронический тонзиллит) (таблица 2).

Таблица 2 — Структура наиболее распространенной патологии среди школьников (в %)

Школьники	Заболевания			
	органа зрения	опорно-двигательного аппарата	сердечно-сосудистой системы	ЛОР-органов
1 класс	30,0	25,0	21,7	33,3
2 класс	18,3	15,0	21,7	18,3
3 класс	26,7	18,3	6,7	20,0
4 класс	31,7	13,3	16,7	13,3
5 класс	28,3	8,3	26,7	8,3
6 класс	35,0	33,3	13,3	13,3
7 класс	21,7	36,7	10,0	15,0
8 класс	40,0	45,0	11,7	10,0
9 класс	38,3	43,3	15,0	3,3
10 класс	43,3	56,7	25,0	8,3
11 класс	39,0	39,0	24,4	4,9
Всего	31,8	30,1	17,3	13,7

Выявлены значимые возрастные различия в структуре заболеваемости: нарушения осанки и другие отклонения в опорно-двигательном аппарате чаще отмечаются у школьников 6–11 классов по сравнению с 1–5 классами (42,5 и 16,0 % соответственно; $p < 0,001$); нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и заболевания ЛОР-органов чаще диагностировались у детей 1–5 классов по сравнению со школьниками 6–11 классов (22,0 и 12,2 %; $p = 0,014$ и 18,7 и 9,4 %; $p = 0,004$ соответственно).

Высокая информативность показателей физического развития детей обусловила их включение в комплексную оценку состояния здоровья.

Допустимые значения HAZ (от -2SD до +2SD) зафиксированы у 601 школьника (93,8 %), низкорослость — у 9 детей (1,4 %), высокорослость диагностирована в 31 случае (4,8 %). Высокорослость у школьников выявлялась достоверно чаще, чем низкорослость (4,8 и 1,4 % соответственно; $p < 0,001$). При анализе показателей HAZ в зависимости от возраста детей статистически значимых различий не получено.

Допустимые значения BAZ (от -2SD до +1SD) были отмечены у большинства детей — 405 (63,2 %) случаев, недостаточность питания и пониженное питание — у 77 (12,0 %) детей, избыточная масса тела и ожирение установлены в 159 (24,8 %) случаях. Недостаточность питания и пониженное питание достоверно чаще выявлены у старшеклассников по сравнению с учениками 1–8 классов (20,5 и 9,2 % соответственно; $p < 0,001$). Избыточная масса тела и ожирение чаще диагностировалась у школьников 1–8 классов по сравнению со старшеклассниками (27,5 и 16,8 % соответственно; $p = 0,031$).

Выводы

По результатам анализа проведенного комплексного медицинского обследования школьников 1–11 классов большинство детей имеет II группу здоровья. Однако мониторинг состояния здоровья детей свидетельствует о тенденции увеличения числа детей старшего школьного возраста с различными отклонениями в состоянии здоровья. Более 30 % детей имеют нарушения органа зрения и отклонения в опорно-двигательном аппарате. У старшеклассников достоверно чаще по сравнению с учениками 1–8 классов выявляется хроническая патология в стадии компенсации и декомпенсации (в 3,6 и 6,3 раза соответственно). Проведенное изучение физического развития детского населения показало, что у детей старшего школьного возраста чаще встречается недостаточность питания и пониженное питание, а у детей 1–8 классов — избыточная масса тела и ожирение; высокорослость статистически чаще диагностируется чем низкорослость.

Таким образом, высокий уровень функциональных нарушений и хронических заболеваний у школьников, отрицательная динамика состояния здоровья в процессе обучения обуславливают высокую актуальность научных исследований в этой области и необходимость совершенствования совместной работы учреждений здравоохранения и образования в направлении сохранения, укрепления и формирования здоровья учащихся.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абубакиров, Д. Р. Анализ основных показателей здоровья детского населения города Челябинска / Д. Р. Абубакиров, Ю. А. Соловьева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 3. – С. 287–304.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2019 г. – Минск : ГУ РНПЦ МТ, 2020. – 257 с.
3. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации / Л. С. Намазова-Баранова [и др.] // Медицинский совет. – 2014. – № 1. – С. 6–10.

4. Суворова, А. В. Динамика показателей состояния здоровья детей и подростков Санкт-Петербурга за 20-летний период / А. В. Суворова, И. Ш. Якубова, Т. С. Чернякина // Гигиена и санитария. – 2017. – Т. 96. – № 4. – С. 332–338.

Сугрובה, Г. А. Состояние здоровья и некоторые показатели режима дня детей дошкольного возраста как предикторы готовности к школьному обучению / Г. А. Сугрובה, Ю. Н. Комкова // Гигиена и санитария. – 2021. – Т. 100. – № 4. – С. 380–386.

УДК [616.98:578.834.1]-06:616.34-008.314.4-053.36/4

Л. В. Кривицкая
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Введение

Основными симптомами Covid-19 у детей наиболее часто являются лихорадка и катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Отмечается непродуктивный кашель, заложенность носа, боль в горле. В ряде случаев возможно появление признаков интоксикации (миалгия, тошнота, слабость, потеря аппетита) [1, 2].

У некоторых пациентов наблюдаются симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта — диарея, рвота, боль в животе. Механизм формирования желудочно-кишечных проявлений может быть различным. Возможно как непосредственное действие возбудителя на клетки желудочно-кишечного тракта с их прямым повреждением и последующим апоптозом, так и косвенное — через нарушение кровотока или нервной регуляции. По данным исследований диарея у детей с Covid-19 наблюдается значительно чаще, чем у взрослых, особенно у детей раннего возраста, и в ряде случаев может появиться раньше, чем лихорадка и респираторные симптомы [3, 4].

РНК SARS Co V-2 выявляется в кале, начиная с 5-го дня заболевания. Особую настороженность вызывает тот факт, что у ряда пациентов РНК в стуле определялась даже после получения отрицательных результатов из верхних дыхательных путей.

В связи с этим, изучение механизмов фекально-оральной передачи коронавирусной инфекции и особенностей желудочно-кишечной ее симптоматики является важным в плане поиска новых путей предупреждения распространения этой инфекции [2, 3, 4].

Цель

Проанализировать степень выраженности и частоту основных клинических синдромов у детей раннего возраста с инфекцией Covid-19, протекавшей с диарейным синдромом.

Установить преобладающий патологический синдром, характер сопутствующей патологии, оценить выраженность нарушения некоторых лабораторных показателей.

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 63 карт стационарного пациента детей в возрасте до 3-х лет с коронавирусной инфекцией, которые находились на лечении в ин-