

✓ Отраженные боли — различают иррадиацию боли, возникающей в пищеварительных органах, и иррадиацию боли в живот при заболевании других органов и систем (могут возникать при пневмонии, ишемии миокарда, эмболии легочной артерии, пневмотораксе, плеврите, заболеваниях пищевода, порфирии, укусах насекомых, отравлении ядами).

Существенное значение в формировании болевого синдрома имеют серотонин и норадреналин [4]. Уменьшение уровня серотонина приводит к снижению болевого порога и усилению болей. Норадреналин опосредует увеличение активности антиноцицептивных систем.

Выводы

Высокая частота абдоминальной боли у школьников г. Гомеля и Гомельского района требует проведения дополнительных исследований и усиления профилактической работы для уменьшения воздействия выявленных негативных факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абаев, Ю. К.* Острая боль в животе у детей / Ю. К. Абаев. — Минск: БГМУ, 2007. — 96 с.
2. *Печкуров, Д. В.* Синдром диспепсии у детей / Д. В. Печкуров, П. Л. Щербаков, Т. И. Каганова. — М.: Медпрактика, 2007.
3. *Эрдес, С. И.* Абдоминальная боль у детей и пути ее терапии. Гастроревью / С. И. Эрдес, Е. М. Мухаметова // Педиатрия: сборник избранных статей. — 2009. — С. 21–24.
4. *Яковенко, Э. П.* Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии / Э. П. Яковенко // Лечащий врач. — 2001. — № 5–6.
5. *Бенца, Т. М.* Синдром абдоминальной боли в практике врача-терапевта [Электронный ресурс] / Т. М. Бенца. — Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/4849>. — Дата доступа: 22.02.2017.

УДК 612.64-053.36

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ГОМЕЛЕ

Козловский А. А. (мл.), Лопатенко Е. О.

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

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

Введение

Физическое развитие детей — это совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процессы его роста и созревания; обусловлено наследственными факторами в конкретных условиях среды ухода и воспитания [1, 2, 3]. На темпы развития и окончательный предел биологического потенциала влияют не только генетические факторы, но и внешнесредовые, в том числе социально-экономические и факторы питания. Достигаемые показатели индивидуальны для каждого здорового ребенка и колеблются в определенных пределах, обозначенных как «норма».

Соответствие антропометрических показателей ребенка «норме» — существенно важный признак здоровья и один из критериев оценки качества мероприятий, направленных на снижение детской заболеваемости и смертности. Если ребенок не растет, не прибавляет в массе в соответствии заложенной генетической программе развития, то в этот период нет прибавки и массы головного мозга, как и любого другого органа. Задержка в физическом и интеллектуальном развитии может оказаться в дальнейшем некорректируемой [4]. Поэтому регулярные профилактические осмотры ребенка, особенно на первом году жизни, — надежный метод контроля его здоровья.

Цель

Определить квартальные прибавки длины, массы тела, окружности головы и окружности грудной клетки доношенных детей первого года жизни, проживающих в г. Гомеле.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 200 историй развития ребенка (100 мальчиков и 100 девочек) от рождения до 12 месяцев. В исследовании не учтены дети, родившиеся недоношенными или

имевшие хроническую патологию и врожденные пороки развития. Динамика показателей физического развития оценена в сравнении с утвержденными в Республике Беларусь ежемесячными прибавками [5]. Статистическая обработка осуществлена с использованием компьютерных программ «Microsoft Exel 2007» и «Statistica» 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Средняя масса тела мальчиков при рождении составила $3588,99 \pm 35,31$ г, девочек — $3335,25 \pm 46,86$ г. У всех детей отмечались более высокие темпы прибавки массы тела за первые 3 месяца жизни ($3077,50$ и $2723,89$ г соответственно) по сравнению с «нормой» (2200 г). Во втором квартале прибавки массы тела в обеих группах резко снизились ($1171,85$ г — у мальчиков и $1013,27$ г — у девочек) по сравнению с «нормой» (2100 г). С 6 до 9 месяцев также фиксировалось снижение прибавки массы тела по сравнению с «нормой»: у мальчиков — в 1,96 раза, у девочек — в 1,64 раза. Согласно нормативам, к 12 месяцам жизни масса тела ребенка должна увеличиться на 7150 г. По результатам проведенных исследований установлено, что прибавка массы тела у мальчиков к одному году была несколько выше и составляла $7486,84$ г, а у девочек — ниже ($6969,52$ г).

Средняя длина тела мальчиков при рождении составила $53,71 \pm 0,22$ см, девочек — $52,61 \pm 0,26$ см. За первый квартал средние прибавки длины тела в группе мальчиков были на $1,15$ см выше, а в группе девочек на $0,35$ см ниже по сравнению с «нормой» и составили $9,65$ см и $8,15$ см соответственно. Во втором квартале темпы прироста были ниже «нормы» и составили $4,23$ см у мальчиков и $3,74$ см у девочек. В целом за первое полугодие длина тела у мальчиков была несколько выше по сравнению с нормативами, а у девочек соответствовала «норме». С 6 до 9 месяцев прибавка длины тела также отставала от «нормы» в двух группах, причем в группе девочек в 2 раза ($2,65$ см у девочек и $5,5$ см — стандарт). К одному году, согласно нормативам, длина тела должна увеличиться на 25 см. По данным историй развития ребенка, длина тела у мальчиков увеличилась на $24,99$ см, а у девочек — на $23,59$ см.

Средняя окружность головы мальчиков при рождении составила $34,73 \pm 0,13$ см, девочек — $33,96 \pm 0,11$ г. У всех детей отмечались высокие темпы прибавки окружности головы за первый квартал жизни ($6,32$ и $5,66$ см соответственно) по сравнению с «нормой» (3 см). Во втором квартале наблюдалось резкое снижение прибавки данного показателя в обеих группах ($1,78$ см — у мальчиков и $1,56$ см — у девочек) по сравнению с «нормой» (3 см). С 6 до 9 месяцев также фиксировалось снижение прибавки окружности головы по сравнению с «нормой»: у мальчиков — в 2,83 раза, у девочек — в 3,70 раза. Согласно нормативам, к одному году жизни окружность головы ребенка должна увеличиться на 12 см. По результатам проведенных исследований установлено, что прибавка окружности головы у мальчиков к 12 месяцам была несколько выше ($12,54$ см), а у девочек — ниже ($11,38$ см).

Средняя окружность грудной клетки мальчиков при рождении составила $33,78 \pm 0,17$ см, девочек — $33,2 \pm 0,17$ см. За первый квартал средние прибавки окружности грудной клетки в группе мальчиков были в 1,93 раза, а в группе девочек — в 1,8 раза выше по сравнению с «нормой» и составили $7,51$ и $7,01$ см соответственно. Во втором квартале темпы прироста были ниже «нормы» и составили $2,13$ см у мальчиков и $1,68$ см у девочек. С 6 до 9 месяцев прибавка окружности грудной клетки также отставала от «нормы» в двух группах, причем в группе мальчиков в 2,31 раза, а в группе девочек — в 3,12 раза ($1,69$ и $1,25$ см соответственно). К одному году, согласно нормативам, окружность грудной клетки должна увеличиться на 15 – $15,6$ см. По данным историй развития ребенка, окружность грудной клетки у мальчиков увеличилась на $15,62$ см, а у девочек — на $14,9$ см.

Выводы

В первом квартале отмечается высокая прибавка практически всех показателей физического развития ребенка по сравнению с «нормой»: масса тела — у мальчиков на $39,9$ %, у девочек — на $23,8$ %; длина тела — у мальчиков на $13,53$ %; окружность головы — у мальчиков на $110,67$ %, у девочек — на $94,33$ %; окружность грудной клетки — у мальчиков на $92,56$ %, у девочек — на $79,74$ %. Высокие темпы прироста массы тела в первом квартале повлекли за собой и увеличение других параметров физического развития. Избыточная

масса тела в первом квартале может быть связана с неправильным пониманием родителями термина «кормление по требованию ребенка». Тем не менее к одному году жизни все параметры физического развития детей соответствуют «нормам» (отклонения не превышают 10 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Профилактическая педиатрия: рук-во для врачей / под ред. А. А. Баранова. — М.: Союз педиатров России, 2012. — 692 с.
2. Значение исключительно грудного вскармливания для здоровья, физического и нервно-психического развития детей первого года жизни (на примере г. Волгоград) / Л. В. Абольян [и др.] // Педиатрия. — 2005. — Т. 54, № 5. — С. 53–57.
3. Румянцев, А. Г. Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей: рук-во для врачей / А. Г. Румянцев, М. В. Тимакова, С. М. Чечельницкая. — М.: Медпрактика, 2004. — 388 с.
4. Баранов, А. А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика / А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин. — М.: Союз педиатров России, 2009. — 188 с.

УДК 618.4 - 089.163

ПРИМЕНЕНИЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ И СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ОБЕЗБОЛИВАНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

Коледа В. Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. Н. Кириллова*

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Обезболивание родов представляет собой медицинскую манипуляцию, которая позволяет обеспечить роженице максимально комфортные условия, минимизируя стресс и устраняя неизбежный страх и болевой синдром. Обезболивание родов не просто снимает боль, а одновременно прерывает функционирование адреналиновой стимуляции, возникающей при любом болевом синдроме. Купирование выработки адреналина позволяет уменьшить нагрузку на сердце рожавшей женщины, расширить кровеносные сосуды и, тем самым, обеспечить хороший плацентарный кровоток, а значит, и лучшее питание и доставку кислорода для ребенка. Эффективное купирование боли в родах позволяет уменьшить энергетические затраты организма женщины, напряжение ее дыхательной системы, а также снизить необходимое ей количество кислорода и, тем самым, профилактировать гипоксию плода. Однако, не всем женщинам необходимо обезболивание родов, поскольку они нормально переносят данный физиологический акт. Но не стоит и делать противоположного вывода, что все могут «перетерпеть». Иными словами — обезболивание родов является медицинской манипуляцией, которая должна выполняться и использоваться при необходимости. При этом в каждом конкретном случае врач решает, какой именно метод применить.

Цель

Оценить эффективность применения спинальной и эпидуральной анестезии в обезболивании физиологических родов и влияние их на состояние плода.

Материал и методы исследования

На базе УЗ «5 Городская клиническая больница» г. Минска с февраля по октябрь 2016 г. был проведен ретроспективный анализ 67 историй родов, из которых физиологические роды протекали в 38 случаях под регионарной анестезией (14 — под эпидуральной, 24 — под спинальной анестезией), 29 — без регионарных методов анестезии.

Результаты исследования и их обсуждения

В ходе работы были выделены следующие группы: 1-я группа включала 14 (20,9 %) физиологических родов, которые протекали под эпидуральной анестезией, 2-я — 24 (35,8 %) под спинальной анестезией, 3-я — 29 (43,3 %) без регионарных методов обезболивания (контрольная группа). С вероятностью безошибочного прогноза 99,9 % можно утверждать, что регионарные методы обезболивания преимущественно применялись у первородящих жен-