

нормального веса, 8 (26,6 %) детей имеют нормальный вес, и только 2 (6,7 %) ребенка — избыточный вес, которые имели следующие диагнозы: «Вегетативная дистония со стойким цефалгическим синдромом» и «Эпилептическая энцефалопатия Леннокса-Гасто» имеют избыточный вес.

Выводы

Среди всех исследованных пациентов, имеющих хроническую патологию, и не получающих системной гормональной терапии 87 (72,5 %) проживают в г. Гомель, а 33 (27,5 %) в Гомельской области. Чуть реже встречались девочки 56 (46,7 %), а 64 (53,3 %) мальчики. Преобладали дети с ИМТ выше нормы, за исключением неврологического отделения. В кардиологическом отделении пациенты школьного возраста (7–10 лет) только 20 % имели ИМТ в пределах нормы, пациенты подросткового возраста (11–16 лет) около 43,3 %. У обследуемых детей с ИМТ выше нормы преобладали следующие диагнозы: «Артериальная гипертензия 2 ст.» и «Вегетативная дисфункция: нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу». В гастроэнтерологическом отделении пациенты школьного возраста (7–10 лет) только 26,7 % имели ИМТ в пределах нормы, пациенты подросткового возраста (11–16 лет) около 30 %. У большинства детей (63,6 %) с ИМТ выше нормы преобладал диагноз «Хронический антральный гастрит». В пульмонологическом отделении пациенты школьного возраста (7–10 лет) только 16,7 % имели ИМТ в пределах нормы, пациенты подросткового возраста (11–16 лет) около 16,7 %. У большинства детей (58,3 %) с ИМТ выше нормы преобладал диагноз «Бронхиальная астма IgE опосредованная/неуточненная». В неврологическом отделении пациенты школьного возраста (7–10 лет) только 13,3 % имели ИМТ в пределах нормы, пациенты подросткового возраста (11–16 лет) около 26,6 %.

УДК 616.2-053.31

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Новиков А. А.

Научный руководитель: ассистент Л. С. Сергейчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Респираторный дистресс-синдром (РДС) — это патологическое состояние новорожденных, проявляющееся развитием дыхательной недостаточности непосредственно или в течение нескольких часов после родов, нарастающее по тяжести до постепенного выздоровления выживших. Частота развития РДС обратно пропорциональна гестационному возрасту и массе тела ребенка при рождении. Респираторный дистресс-синдром (РДС) — одно из самых частых и тяжелых заболеваний раннего неонатального периода у недоношенных детей, и на его долю приходится около 25 % среди всех умерших, а у детей, родившихся на 26–28 неделях гестации — около 80 %. В зависимости от причины выделяют 2 типа РДС: респираторный дистресс-синдром новорожденных, причиной которого является врожденная недостаточность сурфактанта, и респираторный дистресс-синдром по взрослому типу, приобретенный вследствие попадания мекония в дыхательные пути ребенка.

Цель

Изучить особенности течения раннего неонатального периода у детей с респираторным дистресс-синдромом.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2». Был проведен ретроспективный анализ 33 историй родов и медицинских карт стационарных пациентов, которые находились на стационарном лечении в отделении анестезиологии и реанимации с постом интенсивной терапии для новорожденных детей в период с января 2019 по ноябрь 2019 г.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемую группу вошли 33 ребенка, которым в раннем неонатальном периоде был выставлен диагноз РДС. Согласно данным нашего исследования выявлено, что дети с респираторным дистресс-синдромом рождаются от матерей в возрасте 29 лет (25; 33). Чаще дети данной категории были рождены от первой беременности и первых родов (16 детей, 48,48 %), реже от третьей беременности и третьих родов — 11 детей (33,33 %), в результате второй беременности и вторых родов родилось 6 детей (18,18 %). Обращает на себя внимание, что у 10 (30,3 %) женщин беременность протекала на фоне неоднократных острых респираторных инфекций без повышения температуры тела. Также 10 (30,3 %) женщин имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (эрозия шейки матки, кольпит, хронический аднексит). Течение беременности осложнялось токсикозом 1-й половины беременности — у 25 (75,76 %) женщин, гестозом — у 23 (69,7 %) женщин, анемией — у 15 (48,48 %) женщин. 23 (69,7 %) ребенка с диагнозом респираторный дистресс-синдром родились через естественные родовые пути, путем операции «кесарево сечение» — 10 (30,3 %) детей. У 27 (81,81 %) женщин околоплодные воды были светлые прозрачные, у 6 (18,18 %) женщин околоплодные воды были окрашены кровью. Преждевременное излитие околоплодных вод было диагностировано у 16 (48,48 %) женщин. Медиана срока гестации составила 35 недель (32; 35). При этом следует отметить, что 11 (33,33 %) детей родились в сроке гестации менее 34 недель, а 2 (6,06 %) детей родились доношенными. Чаще респираторный дистресс-синдром встречается у мальчиков (24 ребенка, 72,73 %). Девочки же болеют РДС значительно реже (9 детей, 27,27 %). Медиана массы тела при рождении составила 2780 г (2507; 3181,5), а роста — 49 см (45; 50). При рождении общее состояние расценивалось как тяжелое у 29 (87,88 %) детей, одинаково часто состояние детей при рождении расценивалось как средней степени тяжести и удовлетворительным — по 2 (6,06 %) ребенка.

По результатам нашего исследования выявлено, что умеренная асфиксия на первой минуте жизни отмечалась у 12 (36,36 %) детей, у 21 ребенка асфиксия отсутствовала. Следует отметить, что сохранилась асфиксия к пятой минуте жизни у 11 (33,33 %) детей, у 1 ребенка наличие умеренной асфиксии на пятой минуте жизни потребовало интубации трахеи. Анализ данных лабораторных исследований в первые сутки жизни показал, что у всех детей (33 ребенка, 100 %) отсутствовали признаки внутриутробного инфицирования: в общем анализе крови количество лейкоцитов составило $22 \times 10^9/\text{л}$ ($21 \times 10^9/\text{л}$; $23 \times 10^9/\text{л}$); в биохимическом анализе крови С-реактивный белок у всех детей (33 ребенка, 100 %) соответствовал физиологической норме. Оценивая показатели кислотно-щелочного состояния крови при рождении выявлено, что у всех детей имел место респираторный и лактат-ацидоз, который сопровождался изменениями следующих показателей: увеличение $p\text{CO}_2 = 71$ мм рт. ст. (68; 78), снижение $p\text{H} = 6,4$ (6,1; 6,7), увеличение лактата = 3 (3; 4), при нормальных значениях $p\text{O}_2 = 58$ мм рт. ст. (53; 66) и $\text{BE} = -3,6$ ммоль/л (-4,1; -2,975). Всем детям была назначена терапия согласно клиническим протоколам диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии (Приказ МЗ РБ от 28.01.2011 № 81). Всем 33 (100 %) детям проводилась ИВЛ в режиме СРАР Реер 6–8 см H_2O с подачей O_2 60–80%. 4 (12,12 % ребенка) получили терапию эндогенным сурфактантом, что объясняется сроком гестации менее 34 недель. Медиана

длительности нахождения детей с респираторным дистресс-синдромом в отделении анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии для новорожденных детей составила 3 дня (2; 5). При этом 9 (27,27 %) детей потребовало нахождение в ОАиР с ПИТН 5 и более дней.

Выводы

Дети с респираторным дистресс-синдромом чаще рождаются от матерей в возрасте 29 лет от первой беременности, первых преждевременных родов в сроке гестации 35 недель. Чаще РДС встречается у мальчиков с массой тела при рождении 2780 г и ростом 49 см. При рождении состояние детей с РДС расценивается тяжелым за счет умеренной асфиксии при рождении, и наличием как респираторного, так и лактат-ацидоза. Всем детям была проведена терапия согласно клиническим протоколам диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии (Приказ МЗ РБ от 28.01.2011 № 81). Тяжелое состояние при рождении детей с респираторным дистресс-синдромом требует проведения искусственной вентиляции легких в режимах СРАР Реер 6–8 см H₂O с подачей O₂ 60–80 %. 4 (12,12 %) ребенка получили терапию эндогенным сурфактантам, что объясняется сроком гестации менее 34 недель.

Медиана длительности нахождения детей с респираторным дистресс-синдромом в отделении анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии для новорожденных детей составила 3 дня (2; 5).

УДК 616-056.52-053.2

ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Окишева Н. В.

Научный руководитель: ассистент Т. Е. Бубневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Серьезная проблема, стоящая перед общественным здравоохранением в XXI в., является ожирение среди детей. Раньше детское ожирение встречалось редко, и в течение многих лет реальные доказательства связи между наличием ожирения в детском возрасте и массой тела у взрослого человека отсутствовали.

В белорусской популяции избыточная масса тела колеблется от 6 до 19 %, ожирение — от 5 до 10 % в зависимости от возраста и места проживания ребенка. Наблюдается смещение пика проявления детского ожирения в более ранние возрастные периоды. Если эта тенденция продолжится, то число детей с ожирением к 2025 г. вырастет до 70 млн.

Детское ожирение является одним из факторов риска развития СД 2-го типа, кардиоваскулярных и репродуктивных нарушений, некоторых видов рака, заболеваний ЖКТ (неалкогольная жировая болезнь печени, ЖКБ), ортопедической патологии.

Кроме отрицательного эффекта на физическое здоровье ребенка установлено влияние избыточной массы тела на его психический статус. У детей с ожирением нередко отмечаются психологические и эмоциональные проблемы, которые являются следствием социальной изоляции. Такие дети играют менее видимую роль в социуме, имея меньший круг дружеских связей, по сравнению со сверстниками с нормальной массой тела. Они стереотипно воспринимаются обществом как «нездоровые», «неуспевающие в школе», «неумелые», «с отсутствием гигиенических навыков», «ленивые». Наличие