

Хроническая внутриматочная гипоксия плода и интранатальная асфиксия наблюдались у 12 (34,2 %) детей. Наиболее часто у новорожденных отмечалась асфиксия средней степени тяжести с оценкой по шкале Апгар 4–5 баллов.

Риск развития НЭК в группе недоношенных детей связан с осложнениями течения беременности и родов, ведущими к гипоксии-ишемии кишечника вследствие гестоза, хронической внутриматочной гипоксии, отслойки плаценты.

В процессе анализа медицинских карт было выявлено, что у всех матерей, вошедших в исследование, имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Наиболее часто отмечались кольпит, эрозия шейки матки, перенесенная острая респираторная инфекция во время беременности, анемия беременных, гестоз, угроза прерывания беременности, отслойка плаценты.

Среди 14 доношенных новорожденных, 13 (93 %) детей получали консервативную терапию, 1 (7 %) ребенок нуждался в оперативном лечении. В группе недоношенных новорожденных 15 (71 %) детей так же получали консервативную терапию, 6 (29 %) пациентам было проведено оперативное вмешательство в ДХО.

Всего умерло 7 (20 %) детей. В группе недоношенных новорожденных умерло 3 (14 %) ребенка с экстремально низкой массой тела несмотря на проводимое консервативное и оперативное лечение в соответствии с тяжестью состояния ребенка.

Выводы

Предиктором развития НЭК является морфофункциональная незрелость, в частности экстремально низкая масса тела и малый срок гестации.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез матери важно учитывать, как один из факторов риска развития НЭК у новорожденного. Интранатальная гипоксия и асфиксия являются предиктором в развитии НЭК.

Недоношенные новорожденные, особенно с экстремально низкой массой тела и небольшим сроком гестации, должны находиться под особым наблюдением, проконсультированы детским хирургом при появлении первых симптомов НЭК, до развития хирургических осложнений, так как больше всех подвержены риску летального исхода, не смотря на своевременно проводимое лечение.

УДК 616-056.52-07-053.6

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ ОЖИРЕНИЯ И АССОЦИИРОВАННЫХ С НИМ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Ларионова И. А., Войсаров М. С.

Научные руководители: к.м.н., доцент Н. А. Скуратова;

к.м.н., доцент Н. Б. Кривилевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последнее время в большинстве стран мира ожирение у детей и подростков являются одной из важнейших медико-социальных проблем. Это приводит к росту и «омоложению» таких заболеваний, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, мозговой инсульт, приводящих к ранней потере трудоспособности и преждевременной смерти. Ожирение у детей и подростков является актуальной социальной и медицинской проблемой в экономически развитых странах (частота 20–25 % населения, а в некоторых странах до 30 %, особенно в возрасте 12–

14 лет). Актуальным является разработка основных аспектов по диагностике ожирения и ассоциированных с ним заболеваний у подростков.

Цель

На основании проведенных исследований составить основные этапы диагностики ожирения и ассоциированных с ним заболеваний у подростков, используя литературные данные.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы амбулаторные карты 47 подростков, состоящих на учете у эндокринолога и кардиолога по поводу первичного ожирения I–III степени. Возраст подростков составлял 12–18 лет. Проведен анализ биохимического исследования крови, электрокардиографического и эхокардиографического обследования. Результаты исследований сравнивались с нормативными показателями детей, сопоставимыми по возрасту, полу, росту. На основании полученных выводов составлены рекомендации к диагностике ожирения и ассоциированных с ним заболеваний у подростков.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовательской работе, начатой в 2019 г. на кафедре пропедевтики внутренних болезней, изучены морфофункциональные изменения сердечно-сосудистой системы у подростков 12–18 лет с ожирением. Было установлено, что 51,1 % детей с ожирением предъявляли жалобы на головные боли, которые чаще регистрируются во второй половине дня и в 19,1 % случаев сопровождаются повышением артериального давления (АД). При этом у большинства подростков с ожирением (65,9 %) по данным лабораторных показателей биохимического анализа крови преобладали нарушения липидного обмена, которые характеризовались увеличением холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), а также снижением липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Результаты эхокардиографического обследований показали, что практически все средние величины морфометрических параметров сердца у подростков с I степенью ожирения, соответствовали нормативным, за исключением относительной толщины стенки левого желудочка (ОТС ЛЖ), которую на современном этапе относят к критериям концентрического ремоделирования ЛЖ (при отсутствии достоверных признаков гипертрофии миокарда ЛЖ).

Важнейшими аспектами по диагностике ожирения у подростков являются:

1. Сбор жалоб и анамнеза. При сборе анамнеза необходимо выявить вес при рождении, возраст дебюта ожирения, психомоторное развитие, наследственный анамнез по ожирению.

2. Физикальное обследование, при этом критерии избыточной массы тела у детей определяются по данным перцентильных таблиц. Рекомендовано проводить измерения роста, веса, окружности талии, оценивать характер распределения подкожной жировой клетчатки. Важное значение имеет определение наличия и характера стрий, андроген-зависимой дерматии (у девочек — гирсутизм, акне, жирная себорея), оценка соответствия полового развития возрасту, выявление специфических фенотипических особенностей (характерные для синдромальных форм).

3. Лабораторная диагностика (ЛПНП, ЛПВП, холестерин, определение ферментов печени, глюкозотолерантный тест и др.).

4. Проведение суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Вариабельность артериального давления в течение суток является важным фактором, определяющим прогноз течения артериальной гипертензии и формирование поражений в органах-мишенях.

5. Электрокардиограмма (ЭКГ) и эхокардиография позволяют выявить возможные нарушения ритма и признаки гипертрофии отделов сердца. Определение данной груп-

пы риска целесообразно для своевременной коррекции, направленной на восстановление структуры и функции кардиомиоцитов еще на донозологическом этапе.

6. Проведение ночной полисомнографии рекомендовано детям и подросткам с ожирением при клинических признаках синдрома обструктивного апноэ во сне.

7. По показаниям рекомендована консультация эндокринолога, генетика и других профильных специалистов.

8. Регулярное измерение артериального давления и оценка его с учетом возраста позволяет предупредить развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы.

9. Изучение пищевого статуса в клинической практике у детей и подростков полезно как при выборе, так и при оценке эффективности диетотерапии и фармакотерапии.

Выводы

1. Ожирение у подростков оказывает неблагоприятное влияние на физическое и психосоциальное здоровье и является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и других ассоциированных с ним заболеваний.

2. Отсутствие единых подходов к диагностике ожирения у детей и подростков затрудняет мониторинг заболеваемости.

3. Важнейшим аспектом диагностики ожирения у подростков является индивидуальный подход в зависимости от причины, вызвавшей данное заболевание. При этом оценка статуса питания имеет большую клиническую значимость, так как способствует своевременному выявлению групп риска по развитию ожирения и избыточной массы тела.

4. Необходима организация обучающих семинаров среди подростков, направленных на формирование здорового образа жизни и профилактику ожирения среди молодежи.

УДК 616.233-003.7-002.18-053.2:616.712-073.756.8

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ БРОНХИОЛИТАХ У ДЕТЕЙ

Лобан Д. С., Бычик М. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Современная лучевая диагностика, ведущим методом которой является компьютерная томография (КТ) высокого разрешения, играет важную роль в постановке диагноза при широком спектре видов поражения, динамики и распространенности процесса заболеваний бронхолегочной системы, респираторного тракта и вентиляции. Продольная томография позволяет регистрировать далеко зашедшие случаи хронических обструктивных бронхитов (ХОБ), выявляя диффузное, диффузно-очаговое изменение легочного рисунка, эмфизематозно вздутые участки легкого, перибронхиальный фиброз, уплотнение корней и малую подвижность диафрагмы.

Цель

Изучить КТ картину ХОБ у детей с учетом клинико-anamnestических данных, выявить зависимость от степени тяжести ХОБ.

Материал и методы исследования

Проведен анализ медицинских карт 20 пациентов с диагнозом хронический облитерирующий бронхит, находившихся на стационарном лечении в педиатрических отделениях учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница».