

Результаты исследования и их обсуждение

У детей 1-й группы был выявлен 1 (17 %) случай среднего уровня тревожности, остальные дети с высоким уровнем тревожности (83 %). По центилям у 67 % вес выше среднего, у остальных — средних значений. У 2-х детей выявлена патология лор-органов, у 2-х — пневмония, еще у 2-х — патология ЖКТ (гастрит). 50 % детей лежали с острым течением заболевания, 50 % с хроническим.

Во 2-й группе детей был выявлен 1 (25 %) ребенок с высоким уровнем тревожности, у остальных 3 (75 %) среднего уровня. Все пациенты этой группы имеют малые аномалии сердца. По центилям у 3 детей вес средних значений, у 1 — выше среднего. 1 пациент находился с острым течением заболевания, остальные — с хроническим.

При анализе результатов в 3-й группе была установлена предрасположенность к хроническим заболеваниям, лишь у 6 % исследуемых детей была острая форма болезни. У 56 % детей высокий уровень тревожности, у 44 % средний уровень. 25 % детей с весом выше среднего, 13 % ниже среднего, у остальных (62 %) нормальная масса тела. 38 % пациентов имеют хронический гастрит в стадии обострения. У 44 % наблюдаются нарушения со стороны мочевыводящей системы. У 18 % наблюдается АГ с малыми аномалиями сердца.

У детей 4-й группы 100 % высокий уровень тревожности. По центилям вес у 80 % детей средний, у 20 % — ниже среднего. У 2-х детей наблюдался ГЭРБ с гастритом, у 2-х — инфекционный процесс, у 1 ребенка — АГ с малыми аномалиями сердца. 3 пациента находились с острыми заболеваниями, 2 — с хроническими.

При оценке результатов в 5-й группе детей выявлено 62 % с высоким и 38 % — со средним уровнем тревожности. 71 % составляли хронические заболевания, а 29 % — острые. С весом ниже среднего выявлено 6 % детей, среднего уровня 59 и 35 % с весом выше среднего. У 24 % выявили нарушения ССС, такие как АГ, нарушения ритма и малые аномалии сердца. 29 % детей этой группы имеют хронический гастрит. 26 % — нарушение мочевыводящей системы. 6 % имеют пневмонию.

Выводы

1. По данным анкетирования в основном выявлены смешанные типы темперамента, из чистых типов преобладают сангвиники.
2. В данной выборке у всех холериков отмечается высокий уровень тревожности.
3. У всех флегматиков данной выборки имеются малые аномалии сердца, склонность к данным аномалиям отмечается у сангвиников.
4. К воспалительным заболеваниям ЖКТ склонны меланхолики и сангвиники.
5. Тенденция к инфекциям мочеполовой системы отмечается у сангвиников и у детей со смешанным типом темперамента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Слободская, Е. Р. Темперамент, социальные факторы и приспособление подростков / Е. Р. Слободская // Бюл. СО РАМН. — 2004. — № 2. — С. 107–113.
2. Ковалевский, В. А. Патохимические и некоторые иммунологические особенности у детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами, часто острыми респираторными заболеваниями / В. А. Ковалевский, Д. Г. Покровский, А. А. Михайленко // Сиб. психол. журн. — 2009. — № 32. — С. 65–67.

УДК 616.34-002.2/.4-053.3

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕОНАТОЛОГА

Кугот А. К.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Кривицкая

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Некротизирующий энтероколит (НЭК) — тяжелое полиэтиологичное заболевание новорожденных детей, при котором органом мишенью является кишечник. Частота

развития НЭК у новорожденных составляет 0,3–3 на 1000 живорожденных, обратно пропорционально массе тела и гестационному возрасту новорожденного (чем меньше масса тела и гестационный возраст, тем чаще НЭК). У доношенных новорожденных частота НЭК 0,05 на 1000 живорожденных. НЭК является заболеванием «выживших недоношенных», однако этот процесс часто диагностируется и у доношенных детей. К факторам риска, которые могут предрасполагать к развитию данного заболевания, относят гипоксию плода, гиповолемический шок, осложненное течение родов, длительность безводного периода более 6 ч, врожденные пороки сердца, внутриутробную инфекцию, недоношенность, перинатальное поражение ЦНС, «агрессивное» энтеральное питание, особенности кровоснабжения кишечника у новорожденных и другие.

С клинической точки зрения НЭК отличается широким спектром вариантов течения заболевания: от легких случаев до тяжелых форм, осложняющихся некрозом кишечника, перфорацией, перитонитом и сепсисом и характеризуется стадийным течением: 1 стадия — подозреваемый НЭК (1а, 1б), 2 — явный НЭК (2а, 2б), 3 — прогрессирующий НЭК (3а, 3б).

Несмотря на разработанные критерии ранней диагностики, принципов консервативной терапии заболевания, НЭК все еще остается актуальной проблемой и на практике часто приходится встречаться с его осложненным течением и поздним поступлением новорожденных в хирургическое отделение.

Цель

Изучить факторы, способствующие развитию некротизирующего энтероколита у новорожденных.

Материал и методы исследования

За период с 2018–2019 гг. был проведен ретроспективный анализ 35 медицинских карт стационарного пациента новорожденных детей, находившихся на лечении в отделениях реанимации и интенсивной терапии учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница» и учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница». Создана электронная база данных. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica» 10.0. Результаты выражены в виде M (25; 75) %.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе работы были проанализированы 35 медицинских карт новорожденных, находившихся на лечении с диагнозом некротизирующий энтероколит (НЭК). Существенных гендерных различий выявлено не было: мальчики составили 54 % (19 пациентов), девочки — 46 % (16 пациентов).

Недоношенность является благоприятным фоном для формирования НЭК в связи с большей частотой внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах, незрелостью нервной системы кишечника и механизмов регуляции моторики кишечника, а также нарушением процесса адаптации к энтеральному питанию.

В исследуемой группе новорожденных преобладали недоношенные дети — 21 (60 %) ребенок, доношенные дети составляли 40 % (14 детей). Средний вес при рождении в группе доношенных детей составил 3345 г, а в группе недоношенных 1930 г.

Все новорожденные имели сопутствующую и конкурирующую патологию других органов и систем (врожденная пневмония, анемия новорожденных, врожденные пороки сердца, малые аномалии сердца, бронхолегочная дисплазия и другие). У 3 (8 %) детей были диагностированы тяжелые врожденные пороки сердца с признаками недостаточности кровообращения (дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородок, открытый аортальный проток). У 9 (26 %) новорожденных были выявлены симптомы функционирующего фетального кровообращения (ФФК), в 80 % случаев (31 ребенок) отмечались минимальные аномалии развития сердца (МАРС). У всех новорожденных была диагностирована внутриутробная инфекция в различных ее проявлениях.

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–