

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Submission to the World Health Organization (WHO) on the Draft WHO Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030. — Режим доступа: [https://www.who.int/ncds/governance/gappa\\_version\\_4August2017.pdf](https://www.who.int/ncds/governance/gappa_version_4August2017.pdf).
2. Рак, Л. И. Физическая активность и физическое развитие детей школьного возраста / Л. И. Рак, К. В. Штрах // Современная педиатрия. — 2019. — № 5(101). — С. 43–48.
3. Шиян, О. І. Здорова школа: рухова активність: навч. посіб. / О. Шиян, Н. Сороколіт, І. Турчик. — Львів: ЛДУФК, 2013. — 84 с.
4. Бондаренко, І. Г. Рухова активність школярів Норвегії в системі фізичного виховання / І. Г. Бондаренко, О. В. Бондаренко // Наукова праця. Педагогіка. — 2017. — Vol. 279. — С. 125–129.
5. Основи та критерії оптимального нормування рухової активності школярів старших класів Любов Левандовська Кременецький педагогічний коледж Кременецького обласного педагогічного інституту імені Тараса Шевченка (м. Кременець). — 184 с.

**УДК 616.12-008.331.1-053.2**

**ВТОРИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ**

**Нестеров В. В., Деревянко Д. Д.**

**Научный руководитель: ассистент Т. Е. Бубневич**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой одну из ведущих проблем современной медицины, являясь значимой причиной инвалидизации и летальных исходов у лиц трудоспособного возраста, служит ведущим фактором риска возникновения инфаркта миокарда и инсульта, которые составляют 40 % в структуре причин смерти среди взрослого населения и более 80 % всех случаев смерти от болезней системы кровообращения [1].

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что истоки ее лежат в детском и подростковом возрасте. У половины детей заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет выявление, а значит, и его своевременное лечение. У детей, имеющих артериальное давление (АД) выше среднего уровня, с возрастом сохраняется тенденция к его повышению. В дальнейшем оно остается повышенным у 33–42 %, а у 17–26 % детей артериальная гипертензия прогрессирует, т. е. у каждого третьего ребенка, имеющего подъемы артериального давления, в последующем возможно формирование гипертонической болезни [2].

По генезу артериальные гипертензии делятся на эссенциальные (первичные) и вторичные (симптоматические) АГ. Эссенциальная АГ представляет собой заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления. При вторичной АГ повышение АД обусловлено известными причинами, наличием патологических процессов в различных органах и системах.

Для любой вторичной (симптоматической) АГ в отличие от эссенциальной характерно:

- более высокие цифры АД, в том числе диастолического;
- стойкое, а не лабильное повышение АД;
- наличие симптомов основного заболевания;
- АГ трудно поддается лечению гипотензивными средствами;
- АД нормализуется при устранении причины его повышения (то есть при лечении основного заболевания).

Клинический диагноз при симптоматических АГ формируется в соответствии с основным заболеванием.

У детей наиболее частыми причинами АГ являются: в периоде новорожденности — стеноз или тромбоз почечных артерий и вен; врожденные структурные

аномалии почек, коарктация аорты, бронхолегочная дисплазия; в возрасте 0–6 лет — стеноз почечных артерий, структурные и воспалительные заболевания почек, опухоль Вильмса, нейробластома, опухоль надпочечников (кортикостерома), коарктация аорты, болезнь Иценко — Кушинга; в 6–12 лет — структурные и воспалительные заболевания почек, реноваскулярная патология, стеноз почечной артерии, неспецифический аортоартериит (болезнь Такааясу), узелковый полиартериит, первичная АГ; у подростков — паренхиматозные болезни почек, реноваскулярная АГ, эндокринная патология, узелковый полиартериит, выявляется первичная (эссенциальная) АГ [3].

### **Цель**

Изучить структуру вторичной артериальной гипертензии у детей разного возраста, выявить основные факторы риска развития данного заболевания.

### **Материал и методы исследования**

В ходе работы проводился анализ 217 архивных историй болезни на базе УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница». Выборку составили пациенты с верифицированным диагнозом вторичная (симптоматическая) артериальная гипертензия, которые находились на стационарном лечении в период 2020–2021 гг. Всем исследуемым были выполнены ЭКГ и суточное холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗД сердца, внутренних органов, щитовидной железы и лабораторный мониторинг. Для расчета средних значений и стандартного отклонения применялся «Microsoft Excel 2016».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Удельный вес пациентов со вторичной гипертензией среди всех исследуемых составил 40 % (87 случаев), среди которых 11 пациентов в возрасте 6–11 лет и 76 пациентов в возрасте 12–18 лет.

Средний возраст пациентов с данной патологией равен  $14,6 \pm 2,2$ .

Во всех случаях среди пациентов младшего школьного возраста (от 6 до 11 лет) вторичная артериальная гипертензия обусловлена алиментарно-конституциональным ожирением.

У 63 пациентов старшего школьного возраста превалирует экзогенно-конституциональное ожирение как фактор развития вторичной артериальной гипертензии, из которых у 73 % отмечается на фоне гипоталамического синдрома пубертатного периода с явлением гиперкортицизма. Для 5 пациентов причиной вторичной артериальной гипертензии стала патология со стороны сердца: у 3 исследуемых отмечается атриовентрикулярная блокада, а у 2 — недостаточность клапана аорты. Ренальная причина вторичной артериальной гипертензии отмечается у 3 пациентов, среди которых по одиночному случаю было выявлено стеноз почечной артерии, агенезия правой почки и почечный синдром (на фоне системной красной волчанки). По 1 случаю зарегистрирована вторичная артериальная гипертензия на фоне приема гормонального препарата гонадолберин и на фоне последствий раннего органического поражения ЦНС с моторно-сенсорной полинейропатией и стойким дисбульбарным парезом. В 3 случаях вторичная артериальная гипертензия была неуточненной.

### **Выводы**

Вторичных артериальных гипертензий регистрируются меньше, чем эссенциальных АГ, но при этом в структуре всех артериальных гипертензий данная патология имеет весомый процент встречаемости.

Ведущее большинство пациентов находится в старшем школьном возрасте, а среднее значение возраста указывает на то, что превалируют исследуемые пубертатного возраста, с чем и связана основная выявленная причина вторичной артериальной гипертензии, которой является алиментарно-конституциональное ожирение, в свою очередь которое, является проявление гиперкортицизма.

Основными немедикаментозными принципами коррекции АД будет являться соблюдение диеты с ограничением суточного каллоража за счет легкоусвояемых углеводов и животных жиров. Регулярная посильная дозированная физическая нагрузка. Контроль динамики веса, тощаковой гликемии, уровня АД.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Садыкова, Д. И. Артериальная гипертензия у детей: причины и диагностика / Д. И. Садыкова // Практическая медицина. — 2010. — № 5. — С. 36–41.
2. Мищенко, А. А. Артериальная гипертензия у детей и подростков / А. А. Мищенко // Артериальная гипертензия. — 2011. — № 6. — С. 113–121.
3. Архипова, Н. Н. Вторичные артериальные гипертензии у детей / Н. Н. Архипова // Практическая медицина. — 2011. — № 5. — С. 20–24.

**УДК 616.34-009.7-053.2**

### **СИМПТОМ БОЛИ В ЖИВОТЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА**

**Орлов И. А., Орлова К. О.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Очень важно правильно оценить абдоминальный болевой синдром у детей, т. к. от этого зависит направление диагностического поиска, своевременность и адекватность последующих лечебных мероприятий. Перед практическим врачом-педиатром встает целый ряд сложных вопросов, среди которых первый и наиболее существенный — является ли боль в животе проявлением острой хирургической патологии, требующей незамедлительного оперативного лечения? И второй, более уместный в случае рецидивирующей боли — является ли боль в животе проявлением органического заболевания, и какого, или она имеет функциональный характер [1, 2].

Установлено, что у пациентов с острой хирургической патологией существует прямая зависимость послеоперационной летальности от срока, прошедшего с момента начала заболевания до поступления больных в хирургический стационар и выполнения необходимого им оперативного вмешательства. Например, при перфорации желудка или кишечника, кишечной непроходимости, ущемленных грыжах в случаях поздней госпитализации больных, обусловленной ошибками первичной диагностики острого живота, а также выполнении операций более чем через сутки от начала заболевания послеоперационная летальность в 5–9 раз выше, чем в случаях, когда первичный диагноз этих заболеваний оказался своевременным и операция была выполнена в первые 6 ч [3, 4, 5].

#### **Цель**

Проанализировать структуру заболеваний у детей с болевым абдоминальным синдромом.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 249 медицинских карт пациентов (форма №003/у-07), поступивших в детское хирургическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с жалобами на боли в животе в период с января по март 2020 г.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ).