

с чувствительностью к инсулину. Если ГГлт является маркером аккумуляции жира печени, то дифференциация по полу показывает, что распределение жира может быть более важным фактором развития стеатоза печени у женщин, а уровень ГГлт более чувствительным маркером ИР у мужчин без диабета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bloomgarden Z.T. Second World Congress on the Insulin Resistance Syndrome: insulin resistance syndrome and nonalcoholic fatty liver disease / Z.T. Bloomgarden // *Diabetes Care*-2005.-Vol.28.-P.1518–1523.
2. Bonora E. Insulin resistance as estimated by homeostasis model assessment predicts incident symptomatic cardiovascular disease in Caucasian subjects from the general population: the Bruneck study / E. Bonora, S. Kiechl, J. Willeit, F. Oberhollenzer, G. Egger, JB. Meigs, RC. Bonadonna, M. Muggeo // *Diabetes Care*-2007.-Vol.30.-P.318–324.
3. Snop M. The concurrent accumulation of intra-abdominal and subcutaneous fat explains the association between insulin resistance and plasma leptin concentrations: distinct metabolic effects of two fat compartments / M. Snop, M.J. Landchild, J. Vidal // *Diabetes*.-2002.-Vol.51.-P.1005–1015.
4. Targher G. Relations between carotid artery wall thickness and liver histology in subjects with nonalcoholic fatty liver disease / G. Targher, L. Bertolini, R. Padovani // *Diabetes Care*.- 2006.- Vol.29.-P.1325–1330.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ГОРОДА МИНСКА С УЧЕТОМ МАССЫ ТЕЛА ЗА 2011–2013 ГОДЫ

***Сукало А.В., Прилуцкая В.А., Сапотницкий А.В., Бутыгина В.Л.,
Уварова Е.В., Горячко А.Н.***

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. В Республике Беларусь достигнуты значительные успехи по снижению младенческой смертности, показатель которой за 2013 год составил 3,4‰. Однако сохраняется тенденция к росту заболеваемости новорожденных. Актуальным представляется изучение заболеваний неонатального периода с позиций профилактики последующей инвалидизации детей, организации преемственности работы различных учреждений здравоохранения в наблюдении детей групп риска. Традиционно наиболее высокий вклад в показатели заболеваемости вносят новорожденные с низкой массой тела при рождении, что согласно МКБ-10 составляет менее 2500 грамм [1,2]. Повышенный риск развития заболеваний признается и у детей с массой тела 4000 и более грамм, что согласно МКБ-10 трактуется как крупная масса при рождении [2,3].

Цель. Изучить частоту рождения и особенности оказания медицинской помощи новорожденным детям с различной массой тела при рождении в городе Минске в 2011–2013 годах.

Материалы и методы. Выполнен анализ форм государственной статистической отчетности (форма-1 МЗ РБ «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам») пяти родильных домов города Минска и ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» за 2011–2013 годы. При анализе использованы методы описательной статистики при помощи

пакета программ «Statistica» и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение.

Распределение детей по массе тела представлено на рисунке. Отмечалось увеличение абсолютного числа новорожденных во всех анализируемых диапазонах массы тела при рождении на фоне увеличения общего числа рожденных детей. При этом процент соотношения младенцев с различной массой тела оставались стабильными на протяжении исследуемого периода.

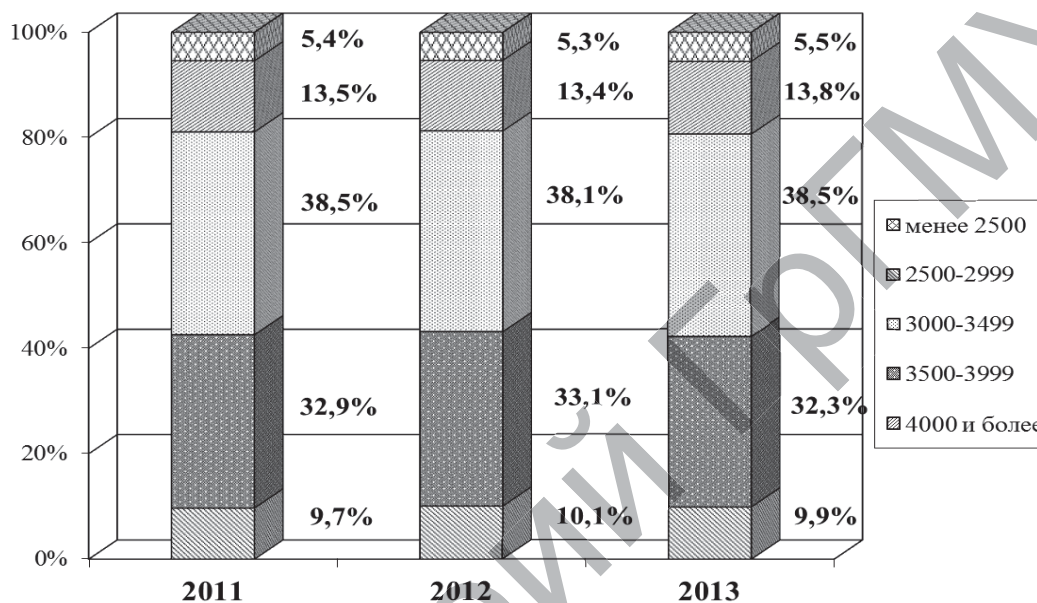


Рисунок – Соотношение новорожденных с различной массой тела, родившихся в Минске в 2011–2013 годах

Из литературы известно, что к повышенной заболеваемости предрасположены маловесные и крупновесные дети [1,3]. Показатель общей заболеваемости крупновесных новорожденных в городе Минске составил в 2011 году 217,59‰, в 2012 году – 185,20‰, в 2013 году – 185,17‰. Многие заболевшие дети нуждались в дальнейшем обследовании и лечении в педиатрических отделениях второго этапа выхаживания. В анализируемые годы в группе детей с массой тела при рождении менее 2500 грамм отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (класс Р в МКБ-10), отмечены у 100% младенцев. При этом в другие стационары (отделения) переводилось 96–97% заболевших детей. Среди новорожденных в диапазоне массы тела при рождении от 2500 до 2999 грамм заболевания зарегистрированы у почти 40% детей, а переведены в другие стационары 61–63% заболевших. Наименьшая доля заболевших выявлена в диапазоне массы тела при рождении 3000–3499 грамм – 12–15% (переведено в другие стационары около 55% заболевших) и 3500–3999 грамм – 14–16% (переведено около 53%). Частота заболевших детей в группе крупновесных новорожденных оказалась выше и составила около 20%, а переведено в другие стационары было чуть более 50% младенцев.

Выводы.

1. В динамике анализируемого периода 2011–2013 годов распределение детей по массе тела при рождении не претерпело существенных изменений. Частота рождения младенцев с низкой массой тела составляла 5,4%, новорожденных с массой тела 4000 грамм и более – 9,9%.

2. Наибольшая частота детей, заболевших в раннем неонатальном периоде, выявлена в группе младенцев с массой тела менее 2500 грамм – 100% и у новорожденных с массой тела при рождении от 2500 до 2999 грамм – около 40%. Заболеваемость в группе крупновесных новорожденных выше, чем у детей с массой тела при рождении от 3000 до 4000 грамм и составляла около 20%.

3. Выписывалось из родовспомогательных учреждений домой около 45–50% младенцев с массой тела при рождении 4000 и более грамм и около 40% новорожденных с массой тела от 2500 до 2999 грамм. Данный факт обуславливает важность преемственности в работе учреждений здравоохранения, актуальность разработки алгоритмов обследования, терапии и профилактики заболеваний на этапе амбулаторно-поликлинической помощи для этих двух групп детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детские болезни. Учебник. Том 1. Неонатология. [под ред. Н.Н.Володина, Ю.Г.Мухиной, А.И. Чубаровой]. – М.: «Династия», 2011. – 512 с.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10: В 3-х т.– Минск, «ИнтерДайджест», 2000. – Т.1, Ч.2.
3. Avery's Diseases of the Newborn – 9th ed. / Ed.by C.A. Gleason, S.U. Devaskar. – Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2012. – 1498 p.

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ КАК ОБЪЕКТ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ

Сурмач М.Ю., Езепчик О.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь*

Введение. В последние десятилетия динамика показателей здоровья детей и подростков и их доли в структуре населения Беларуси негативны. За период с 2008 по 2011 г. общая заболеваемость лиц в возрасте 0-17 лет выросла на 10,6% и составила в 2011 г. 219463,5 на 100 тыс. населения данного возраста (в 2008 г. – 198352,9 на 100 тыс. населения) [5, 14]. Уровень первичной заболеваемости детей 0-17 лет увеличился еще более значимо (на 13,4%) и составил 185034,7 на 10 тыс. населения (в 2008 г. – 163136,0). Общая заболеваемость детей 0-17 лет на протяжении рассматриваемого периода стабильно выше (в 1,55 раза) того же показателя у лиц 18 лет и старше. Тенденция к росту общей заболеваемости у подростков регистрируется практически по всем классам заболеваний. В период с 2005 г. по 2009 г. среднегодовой прирост показателя у юношей составил 5,8%, у девушек – 5,5% [1]. По итогам профилактических осмотров в 2010 г. хронические формы патологии, выявленные до достижения ребёнком 15 лет, обусловили 31,3% от общего числа случаев хронических заболеваний [2]. Первич-