

поражением гастродуоденальной зоны наблюдается снижение иммунореактивного инсулина в крови.

#### Литература:

1. Байгот, С.И. Содержание инсулина и глюкозы в сыворотке крови у детей с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта / С.И. Байгот // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: материалы XV Юбилейного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ, 2008. – С. 140-142.
2. Баранов, А.А. Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, П.Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. - 2002. – Т. 1, № 1. – С. 12-14.
3. Иванов, В.А. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны / В.А. Иванов, В.И. Молярчук. – М.: Камерон, 2004. – 136с.
4. Коровина, Н.А. Холепатии у детей и подростков / М.: Медпрактика, 2006. – 75с.
5. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – 1024 с.
6. Суринов, В.А. Новая терминология и классификация функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди у подростков и детей / В.А. Суринов // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: матер. Юбилейного XV Международного конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – С. 397-400.

## СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПЕРЕНЕСШИХ ВРОЖДЕННУЮ ПНЕВМОНИЮ

*Гурина Л.Н.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
2-я кафедра детских болезней*

Врожденные пневмонии являются одной из важнейших проблем современной перинатологии. Они имеют большое значение в патогенезе многих патологических состояний, формирующихся в последующие годы жизни ребенка. Отмечается дисфункция иммунной, дыхательной систем. Новорожденные, перенесшие врожденную пневмонию, попадают в группу часто длительно болеющих детей [1, 2].

**Цель исследования:** изучить состояние здоровья младенцев их физическое и нервно-психическое развитие на первом и втором году жизни после перенесенной врожденной пневмонии.

## Материалы и методы

Для определения состояния здоровья детей, перенесших врожденную пневмонию, изучен когортный набор 36 младенцев на первом и втором годах жизни. Проанализировано 36 историй развития ребенка форма №112/у. Все дети наблюдались в детских поликлиниках города Гродно. Данный контингент пациентов не посещал детские дошкольные учреждения. На первом году жизни оценивали физическое и нервно-психическое развитие, вид вскармливания, изучена структура и характер заболеваемости. В период с одного года до двух лет жизни проследили динамику заболеваемости у этих детей.

Обработка полученных результатов проводилась с помощью методов непараметрической статистики с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 6.0», «Microsoft Excel».

## Результаты исследований

Анализ ежемесячной прибавки массы тела у наблюдаемых младенцев показал, что средняя прибавка массы тела детей соответствовала возрастным нормам и к году составила  $M \pm m$  10560,0г $\pm$ 0,989г, к двум годам -  $M \pm m$  13720,0г $\pm$ 0,560г. Кривая динамики длины тела у детей также соответствовала возрастной норме, к году достигла  $M \pm m$  76,5см $\pm$ 1,3см, к двум годам -  $M \pm m$  84,3см $\pm$ 0,9см.

При изучении характера вскармливания на первом году жизни среди детей, перенесших врожденную пневмонию, было выявлено, что 14 (38,8%) детей в возрасте до 6 месяцев жизни находились на естественном вскармливании.

Анализ состояния здоровья наблюдаемых детей на первом и втором году жизни представлен в виде таблицы 1.

Таблица 1 – Структура заболеваемости детей на первом и втором году жизни, перенесших врожденную пневмонию

Заболевания	1-й год жизни, n=36 абс. (%)	2-й год жизни, n=36 абс. (%)	Значения p
Острые респираторные инфекции (ОРИ) верхних дыхательных путей	21 (58,3)	9 (25,0)	p=0,07
Пневмония	5 (13,8)	1 (2,8)	p=0,01
Анемия	10 (27,8)	2 (5,5)	p=0,02
Синдром двигательных нарушений	9 (25,0)	1 (2,8)	p=0,02
Атопический дерматит	11 (30,5)	11 (30,5)	p=0,48
Стенозирующий ларингит	6 (16,7)	4 (11,1)	p=0,06
Рецид. обструктивный бронхит	10 (27,8)	5 (13,8)	p=0,12

Сравнение частот бинарного признака в связанных (зависимых) группах наблюдения проводилось с помощью критерия МакНемара.

Как показал проведенный анализ, наиболее часто на первом году жизни дети, перенесшие врожденную пневмонию, болели острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей. Больше половины детей ( $n=21$ ) болело респираторной патологией более 4 раз в год. Высокое количество часто болеющих детей, возможно обусловлено сниженной иммунной защитой [3].

Повторно заболели пневмонией на первом году жизни 5 детей (13,8%). Сохранялись неврологические расстройства у 9 детей (25,0%), проявляющиеся синдромом двигательных нарушений. Обращала на себя внимание высокая частота аллергических реакций у обследуемых детей уже на первом году жизни в виде атопического дерматита 11 детей (30,5%), стенозирующего ларингита 6 детей (16,7%), рецидивирующего обструктивного бронхита 10 детей (27,8%). Анемия диагностирована у 10 пациентов (27,8%). У некоторых детей отмечалось сочетание болезней.

С возрастом (на втором году жизни) количество часто болеющих младенцев снизилось до 9 без статистически значимой разницы, по сравнению с первым годом жизни ( $p=0,07$ ). Один ребенок на втором году жизни перенес пневмонию.

Частота аллергических реакций с возрастом сохранялась на довольно высоком уровне. Признаки атопического дерматита были у 11 детей. Рецидивирующий обструктивный бронхит диагностирован у 5 пациентов. Стеноз гортани был выставлен 4 пациентам. При сравнении динамики заболеваемости стенозирующим ларингитом на первом и втором годах жизни выявлено статистически значимое уменьшение частоты данного заболевания с возрастом.

Нервно-психическое развитие у 95% детей на втором году жизни соответствовало возрасту. Количество детей с двигательными нарушениями на втором году уменьшилось, у одного ребенка диагностирован детский церебральный паралич.

Частота анемического синдрома снизилась и сохранялась в 4 случаях (11,1%).

**Заключение:** таким образом, дети, перенесшие врожденную пневмонию, на первом году жизни часто болеют респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, атопическим дерматитом, стенозирующим ларингитом, рецидивирующим обструктивным бронхитом, анемией, имеют двигательные нарушения. На втором году жизни сохраняется высокая заболеваемость респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, аллергических реакций в виде атопического дерматита, стенозирующего ларингита и обструктивного бронхита. Частота анемического синдрома с возрастом достоверно снизилась ( $p=0,02$ ), повторное заболевание пневмонией отмечено у одного ребенка ( $p=0,01$ ), двигательные расстройства сохранялись у одного пациента

( $p=0,02$ ). Данные исследования диктуют необходимость разработки индивидуальных программ реабилитации, профилактических мероприятий повышающих общую сопротивляемость организма ребенка к инфекции (достаточное пребывание на свежем воздухе, витаминотерапия, ЛФК, массаж, закаливание, применение иммуномодуляторов) и лечение фонового заболевания, пропаганда грудного вскармливания, составление рациона полноценного питания с исключением продуктов с высокой степенью аллергизации.

#### Литература:

1. Володин, Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии / Н.Н.Володин. – Москва : ГЭОТАР-Мед, 2004. – 448 с.
2. Врожденные перинатальные и неонатальные инфекции : пер. с англ. / А. Гриноу [и др.] ; под ред. А. Гриноу. – Москва : Медицина, 2000. – 287 с.
3. Парамонова, Н.С. Лечение и профилактика острых респираторных вирусных инфекций у часто болеющих детей: учебное пособие / Н.С. Парамонова, З.В. Сорокопыт. – Минск, 2011. – 23с.

## ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ КАК ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

*Гутикова Л.В. \*, Павловская М.А. \*, Величко М.Г. \*\**

*\*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
кафедра акушерства и гинекологии*

*\*\*УО «Гродненский государственный аграрный университет»,  
кафедра физиологии и биохимии*

**Введение.** Демографическая политика нашего государства направлена на поиск мер для укрепления репродуктивного потенциала семьи и сохранения репродуктивного здоровья нации [1, 9]. При снижении индекса здоровья женщин снижается вероятность наступления беременности. Особую значимость в этом контексте приобретают патологические процессы внутренних половых органов, в частности, матки как неотъемлемого компонента в реализации репродуктивной функции женщины [3, 8].

Вместе с тем, последние десятилетия во многих странах мира характеризуются ростом гормонозависимой патологии репродуктивных органов, в том числе частоты гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ), с увеличением при этом доли пациентов раннего репродуктивного возраста. Проблема нарастания заболеваемости ГПЭ у женщин репродуктивного возраста рассматривается, прежде всего, с позиций сохранения детородной функции, а в перименопаузальном возрасте - с риском развития предрака и рака эндометрия [6]. Поэтому поиск новых путей, направленных на докли-