

акушеркой беседа о грудном вскармливании 76% ответили утвердительно. По вскармливанию ребенка было проинформировано 87% опрошенных, по вопросам ухода за ребенком 92%, профилактике несчастных случаев 70%, профилактике синдрома внезапной смерти младенцев 58%, профилактике острых кишечных инфекций 77%.

Среди детей респонденток преобладают мальчики (53,9%) девочек же 46,1%. Средний вес детей составил $3420 \pm 26,6$ грамм, рост $52,58 \pm 04$, см. Опрошенные женщины выбирают естественное вскармливание ребенка, и только 1,7 % детей находятся на искусственном вскармливании. Абсолютное большинство (95,6%) соблюдают график планового осмотра ребенка, 3,8% не соблюдают, а 0,6% соблюдают не всегда. Подавляющее большинство (88,3%) осуществляют вакцинацию ребенка согласно календарю прививок, 5,5 % вообще отказываются, а остальные проводят по индивидуальному графику. Около половины детей не болели, 21, 7% болеет 1 раз в год, 17,8% детей болеют 2-3 раза в год, но есть и те, которые болеют ежемесячно (3,8%). 67,2% опрошенных матерей оценивают здоровье своего ребенка как хорошее, 33,3 % считают здоровье ребенка удовлетворительным, 9,5 % очень хорошим.

Таким образом, решение медико-социальных проблем охраны материнства и детства невозможно только на уровне организаций здравоохранения и требует разработки и внедрения комплексной программы межведомственного взаимодействия.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Соловьева Л.Г.

БелМАПО, г.Минск, Республика Беларусь

Функциональные желудочно-кишечные дисфункции (срыгивания, колики) встречаются практически у 90 % детей грудного возраста с различной интенсивностью и длительностью и у большинства из них полностью купируются в возрасте 3-4 месяцев.

Актуальным является проблема ведения таких детей, что вызывает особый интерес у педиатров, неонатологов, гастроэнтерологов.

Под срыгиванием (регургитацией) понимают выброс желудочного содержимого в пищевод и ротовую полость, обусловленный сокращением только мускулатуры желудка, что отличает срыгивание от рвоты. В основе срыгивания лежит гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР). По классификации Кerpель-Фрониуса 1975г., срыгивания разделяют на 2 большие группы: 1 –

первичные (функциональные и органические); 2 - вторичные (симптоматические). Среди всех форм доминируют функциональные.

Лечение функциональных срыгиваний включает: разъяснительная работа с родителями (психологическая поддержка), диета с загустителями (смесь Беллакт-АР+, Фрисовом – в качестве загустителя введена камедь, смесь Лемолак Сэмпер – рисовый крахмал), постуральная терапия, прокинетики. Антирефлюксные смеси следует применять только на этапе лечения срыгиваний. При достижении стойкого эффекта ребенка переводят на смесь того же производителя (после отмены Беллакт-АР+ - смесь Беллакт-1⁺ или Беллакт-2⁺, в зависимости от возраста ребенка).

Кишечные колики обусловлены повышенным газонаполнением кишечника на фоне кормления или в процессе переваривания пищи. Причиной усиленного образования газов является незрелость ферментативных пищеварительных систем.

Лечение колик следует начинать с мероприятий, направленных на создание психологического климата в окружении ребенка. В большинстве случаев с коликой удастся справиться, взяв ребенка на руки, легко покачивая и легко надавливая на живот. Лечение колик у детей, находящихся на естественном вскармливании, обязывает скорректировать питание матери. Матери следует ограничить продукты, вызывающие повышенное газообразование: квашеную капусту, огурцы, майонез, виноград, гороховые, фасолевого блюда. Исключить молоко и молочные продукты - источники высокого содержания лактозы и заменить их кисломолочными продуктами. Если при соблюдении диеты матерью колики у ребенка не исчезают и присутствуют клинические симптомы - диарея, малая прибавка массы тела, необходимо исключать у него пищевую аллергию, лактазную недостаточность, ферментопатию.

При искусственном вскармливании диетотерапия колик проводится специализированными смесями, предназначенными для вскармливания детей с функциональными нарушениями: Беллакт-АР, Сэмпер Бифидус.

Физические методы: традиционно принято удерживать в вертикальном положении или лежа на животе с согнутыми в коленных суставах ножками на теплой грелке.

Средством скорой помощи для купирования колик является очистительная клизма. При вздутии живота, повышенном газообразовании, беспокойстве используют укропную воду, чай с фенхелем, ромашку, Плантекс.

Медикаментозная коррекция - применение препаратов симетикона (Соб Симплекс, Эспумизан). При отсутствии положительного эффекта назначаются прокинетики, спазмолитические препараты (но-шпа, бускапан др.). Спорным остается вопрос о целесообразности включения в комплекс коррекции ферментов и биопрепаратов. В любом случае, при решении вопроса о назначении биопрепаратов лучше использовать эубиотики, а не пы-

таться «корректировать» диссоциацию микроорганизмов, выявляемых по анализу на дисбактериоз.

Применение вышеуказанных рекомендаций у наблюдаемых нами детей позволило с наименьшей медикаментозной нагрузкой и экономическими затратами провести коррекцию состояния у подавляющего большинства детей.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Строгий В.В.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика
Беларусь*

Одним из ранних признаков поражения сердечно-сосудистой системы, как органа-мишени, у детей выступает гипертрофия левого желудочка, возникающая в ответ на стойкое и длительное повышение АД. Нарушение геометрии левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) часто предшествует снижению сократительной функции и клиническим проявлениям. Актуальным является поиск ранних признаков ремоделирования миокарда ЛЖ у детей с АГ. Целью данного исследования было определить варианты ремоделирования полости ЛЖ с учетом традиционных объемных и линейных параметров геометрии ЛЖ у детей, больных АГ. Исследование было проведено среди 49 детей с АГ, среди 177 детей, имеющих сочетание АГ и ожирения. Контрольную группу составило 48 детей. Средний возраст пациентов был 16 [15;17] лет.

Наличие АГ без ожирения характеризовалось увеличением массы миокарда ЛЖ и индексированных показателей массы ($P < 0,001$), а также ростом значений миокардиального стресса по меридиану ЛЖ в систолу с $75,20 \pm 2,71$ до $80,67 \pm 0,35$ г/см², что было обусловлено повышением САД, увеличением систолического размера полости ЛЖ и утолщением ЗСЛЖ.

Наиболее часто при АГ без ожирения регистрировалась нормальная геометрия соотношения размеров стенок и полости ЛЖ (выявлена у 72,3 % обследованных). Концентрическое ремоделирование отмечено у подростков в возрасте 15-18 лет (93,8%), мужского пола (81,3%). Выявлена среди них в 62,5% генетическая отягощенность по АГ (в контроле – у 49%). Другие факторы риска АГ у пациентов обеих групп не различались.

Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ характеризовалась увеличением массы миокарда, которая была наибольшей по сравнению с концентрическим вариантом ремоделирования ($P < 0,001$) и контролем ($P < 0,001$). Такие изменения происходили на фоне увеличения индекса ко-