

Доказано, что социально-экономическая отрасль (в том числе снижение уровня трудоспособного населения, уменьшение детородного возраста) претерпевает негативные последствия. Исходя из вышесказанного, можно судить о том, что старение населения является одной из основных демографических проблем (Закон «О демографической безопасности Республики Беларусь»).

Выводы. На сегодняшний день категория 60 плюс определяет уровень здоровья населения, данная категория является предметом изучения многих авторов. С течением времени уровень медико-социально-психологической помощи населению 60 плюс Республики Беларусь будет повышаться.

Литература:

1. Барсуков, В. И. Старение населения в контексте концепции демографического перехода / В. И. Барсуков // Вопросы территориального развития. – 2016. – № 1. – С. 1-9.
2. Зорина, Е.Н. Старение населения и уровень жизни населения третьего возраста Вестник института экономических исследований / Е. Н. Зорина. – 2017. – № 4. – С. 102-108
3. Смолькин, А. А. Трудовой потенциал пожилых людей / А. А. Смолькин // Социологические исследования. – 2014. – № 5. – С. 97-103.
4. Шабунова, А. А. Общественное развитие и демографические вызовы современности [Текст] / А. А. Шабунова // Проблемы развития территории. – 2014. – № 2 (70). – С. 7-17.

POPULATION OF CATEGORY 60 PLUS - AS INDIVIDUAL INDICATOR OF POPULATION HEALTH

Martynyuk A. L.

Scientific supervisor: P. L. Korneiko

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

anymatrik1999@mail.ru

The increase in the incidence of the elderly, entails an increase in the needs of citizens of category 60 plus in the medical field.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

Масюк О. В.

Научный руководитель: ассистент Зеневич О. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

dismalfoxx@gmail.com

Введение. Железодефицитная анемия – заболевание, связанное с недостатком железа в крови и костном мозге, в результате чего нарушается синтез гемоглобина, возникают трофические расстройства в тканях [1].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, железодефицитная анемия (далее – ЖДА) занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека и зависит в основном от особенностей питания. В Республике Беларусь ЖДА и скрытыми формами дефицита железа страдает около 50% детей.

В детском возрасте недостаток железа развивается медленно и вызывает мало острых симптомов. По мере усугубления дефицита появляется бледность кожных покровов и слизистых оболочек, одышка, тахикардия, функциональный систолический шум над сердцем, головокружение, нередко наблюдаются головные боли, повышенная утомляемость, сонливость и общая слабость. Для детей с выраженным дефицитом железа характерен астенический тип телосложения, они часто болеют респираторными и кишечными инфекциями. Наиболее волнующей является связь между дефицитом железа и нарушением развития поведения, когнитивных функций и психомоторных навыков, а в ряде случаев может отмечаться и ухудшение качества жизни [2]. После лечения препаратами железа, как правило, нарушенные функции быстро восстанавливаются, но в ряде случаев негативные последствия дефицита железа могут сохраняться на долгие годы.

Цель исследования – проанализировать особенности клинического течения и лечение ЖДА у детей Брестской области, возраст установления диагноза, степень тяжести течения заболевания и причины, его вызвавшие.

Материалы и методы. Проанализированы медицинские карты 65 детей с диагнозом ЖДА, находившихся на стационарном обследовании и лечении в учреждении здравоохранения «Брестская детская областная больница» (далее – Брестская ДОБ) с 2020 по 2022 г. В исследование включен научно-теоретический и сравнительный анализ медицинской литературы. Статистическая обработка данных проведена традиционными методами вариационной статистики на персональном компьютере с использованием программы Statsoft Statistika 6.0.

Результаты исследований. За анализируемый период времени у 65 детей была выявлена ЖДА. Среди них 41 (63,1%) человек были лица женского пола и 24 (36,9%) – мужского пола.

По возрасту установления диагноза дети распределились следующим образом: до 1 года – 1 ребёнок (1,5%), с 1-3 лет – 13 детей (20%), с 4-12 лет – 12 человек (18,5%), с 13-17 лет – 39 (60%).

В зависимости от уровня снижения гемоглобина в периферической крови исследуемые были разделены на три группы. ЖДА легкой степени тяжести – уровень гемоглобина в общем анализе крови 110-90 г\л – была выявлена у 26 детей (40%), средняя степень тяжести – уровень гемоглобина от 70 до 90 г\л – у 30 пациентов (46,2%). Диагноз ЖДА тяжелой степени – уровень гемоглобина ниже 70 г\л – у 9 человек (13,8%).

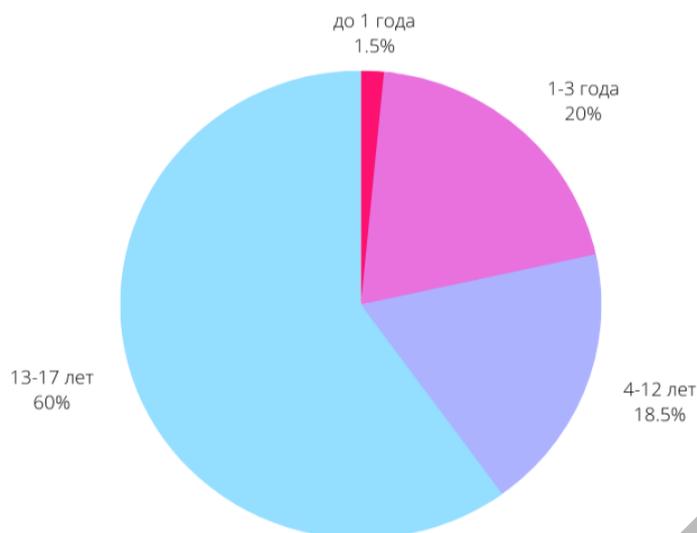


Рисунок 1. – Распределение ЖДА по возрасту

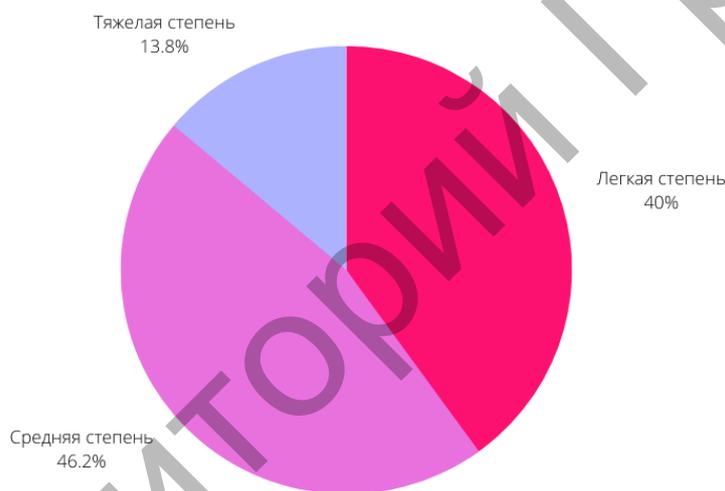


Рисунок 2. – Классификация ЖДА по степени тяжести

Лидирующим общим симптомом, наблюдаемым в клинической картине всех обследованных детей, была бледность кожи и слизистых оболочек. Вторым по частоте встречаемости симптомом, выявленным у большинства пациентов, была вялость или слабость. Данные симптомы указывают на недостаточное обеспечение тканей кислородом. Нарушение сна и эмоциональная лабильность встречались примерно у половины детей вне зависимости от возраста. Типичными проявлениями анемии у детей младшего возраста были снижение аппетита, тахикардия и функциональный систолический шум, реже – функциональная диспепсия.

Алиментарный дефицит железа как следствие несбалансированного питания (наличие коровьего молока в рационе) выявлен у 12% детей. У подростков причинами развития ЖДА могли послужить разные патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, а также нарушение менструального цикла, которое было отмечено у 19% девушек.

В 37% всех случаев диагноз ЖДА был выставлен впервые при прохождении плановых профилактических осмотров. 14% детей были переведены из других стационаров в Брестскую ДООБ для подтверждения диагноза и корректировки проводимого лечения.

Медикаментозная терапия анемии у детей включала назначение препаратов железа, предпочтение отдавалось препаратам нового поколения – гидроксид полимальтозному комплексу трехвалентного железа. Одним из наиболее частых препаратов, назначаемых перорально для лечения ЖДА, стал Феррум Лек, который получали 46,4% детей. Вторым по частоте стал Ферролэнд, он был назначен в 40,6% случаев. Реже использовался Ферроксид – препарат для парентерального введения, который применили для лечения у 10% детей. В связи с тяжелым состоянием на фоне ЖДА 3% пациентов было проведено переливание эритроцитарной массы.

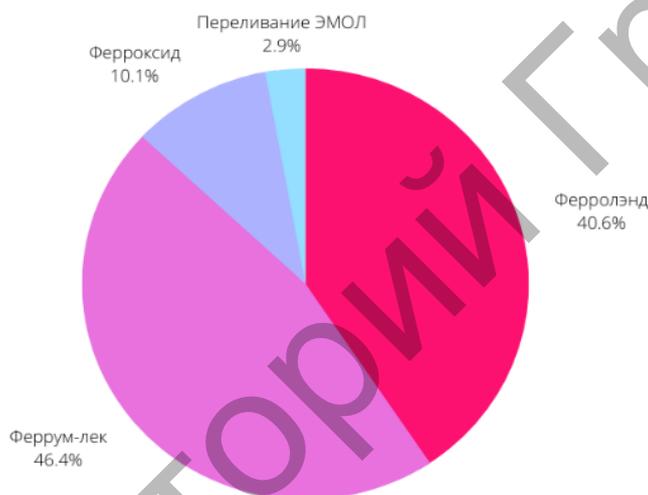


Рисунок 3. – Лекарственные препараты, применяемые для лечения ЖДА

Критериями излечения от ЖДА считают преодоление тканевой сидеропении, а не достижение нормального уровня гемоглобина, что может быть зафиксировано по нормализации уровня сывороточного ферритина. Как показал клинический опыт, для этого требуется не менее 3-6 месяцев в зависимости от тяжести заболевания [3].

Выводы. Исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать вывод, что ЖДА имеет большую распространенность у детей разного возраста, но наибольшее количество зарегистрировано у детей в возрастной категории с 13 до 17 лет. Выявление преимущественно гиперрегенераторной анемии – 55 человек (84,6%) из 65 всех случаев позволяет судить о нормальном функциональном состоянии костного мозга, его способности к регенерации и компенсации. Преобладание анемии средней степени тяжести в детской популяции свидетельствует о поздней диагностике и скрытом прогрессировании сопутствующих заболеваний.

Полученные данные требуют повышенного внимания врачей-педиатров для выявления ранних клинических признаков дефицита железа и расширения

перечня исследований для диагностики железодефицитной анемии. Также необходимо проводить профилактические беседы с родителями по организации рационального питания детей младшего возраста.

Литература:

1. Воробьев П. А. «Анемический синдром в клинической практике» - М.: Ньюдиамед, 2018.
2. Самсыгина Г. А., Казюкова Т. В., Левина А. А. «Дефицит железа у детей и подростков. Причины, диагностика, лечение, профилактика: Учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей-педиатров» // РГМУ. - М., 2019.
3. Гематология детского возраста: пособие для студентов педиатрического факультета/ Н.С. Парамонова [и др.].- Гродно: ГрГМУ, 2014. - 228с.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN OF THE BREST REGION

Masuk O. V.

Supervisor: Zenevich O. V

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

dismalfoxx@gmail.com

Diagnosis and correction of iron deficiency anemia, as one of the most common pathological conditions, is still an urgent problem among pediatricians. The article reflects the main causes of the development of iron deficiency in children and adolescents, and also considers methods aimed at correcting this condition.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Матюкевич М. Ч.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Беларусь

marinamat0305@gmail.com

Введение. Молекулярно-генетическое исследование позволяет выявить особенности этиопатогенеза и течения наиболее часто встречающихся сердечно-сосудистых заболеваний. N-терминальный фрагмент мозгового натрийуретического пептида – один из основных маркеров сердечной недостаточности (СН) и фибрилляции предсердий (ФП). Полиморфный вариант гена rs198389 мозгового натрийуретического пептида (NPPB) и его роль в развитии и прогрессировании ССЗ активно изучается.

Цель исследования – оценить прогностическую значимость полиморфного варианта rs198389 гена NPPB в отношении риска госпитализации по причине прогрессирования СН у пациентов с СН и ФП.