

ЛИТЕРАТУРА

1. Подкаменев, В. В. Патология дивертикула Меккеля у детей / В. В. Подкаменев // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/patologiya-divertikula-mekkelya-u-detey> (дата обращения: 15.03.2024)
2. Саввина, В. А., Парников, М. А., Варфоломеев, А. Р., Николаев, В. Н. Клинические проявления дивертикула Меккеля у детей / В. А. Саввина// Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2020. №3 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-proyavleniya-divertikula-mekkelya-u-detey> (дата обращения: 15.03.2024)..

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ПЕРЕГОРОДОК СЕРДЦА

Бурак И. Н.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Сорокопыт З. В.

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) занимают лидирующие позиции по распространенности среди живорожденных детей. Невзирая на достигнутые результаты в современной кардиологии и кардиохирургии, ВПС являются ведущей причиной гибели детей первого года жизни, уступая лишь врожденными порокам развития нервной системы. Кроме того, прогнозируется дальнейший рост детей, рожденных с пороками сердечно-сосудистой системы. Наиболее распространенными пороками сердца в детском возрасте являются мышечные и перимембранозные дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и дефекты межпредсердной перегородки (ДМПП) [1].

Цель. Изучить показатели физического развития у доношенных детей с врожденными дефектами перегородок сердца.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 87 карт новорожденных детей с ВПС (ф. 003у-07), находившихся на лечении во 2-м педиатрическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы (УЗ «ГрОДКБ»). Все дети были обследованы согласно клиническим протоколам, утвержденным МЗ РБ.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа 87 карт стационарных пациентов были сформированы две репрезентативные группы новорожденных детей с ВПС. Дефекты перегородок встречались несколько чаще у лиц женского пола – 49 (56%), чем мужского – 38 (44%), $p > 0,05$. Дети с ДМПП были включены в первую (I) группу – 41 (47%), с ДМЖП – во вторую (II) – 46 (53%). Распределение по полу в анализируемых группах выявило, что

количество девочек в I группе было значительно больше, чем мальчиков – 26 (63%) и 15 (37%), $p < 0,05$. Гендерных различий среди детей II группы не отмечено: 23 (50%) и 23 (50%). Был проведен анализ массо-ростовых показателей в сравниваемых группах на момент рождения по центильным таблицам. У девочек I группы масса тела была следующей: очень низкая – 2 (8%), низкая – 1 (3,5%), ниже среднего – 2 (8%), средняя – 17 (65%), выше среднего – 3 (12%), высокая – 1 (3,5%); у мальчиков: низкая – 1 (7%), ниже среднего – 1 (7%), средняя – 7 (47%), выше среднего – 2 (13%), высокая – 2 (13%), очень высокая – 2 (13%). Очень высокой массы тела у девочек и очень низкой у мальчиков в данной группе не было. Длина тела у девочек I группы: низкая – 1 (3,5%), ниже среднего – 3 (12%), средняя – 16 (61%), выше среднего – 3 (12%), высокая – 1 (3,5%), очень высокая – 2 (8%); у мальчиков: средняя – 4 (27%), выше среднего – 6 (40%), высокая – 2 (13%), очень высокая – 3 (20%). Очень низкой длины тела не было у детей обоих полов с ДМПП, низкой и ниже среднего – только у мальчиков. Дети II группы имели следующие результаты массы тела у девочек: очень низкая – 3 (13%), ниже среднего – 3 (13%), средняя – 13 (56%), выше среднего – 1 (4,5%), высокая – 2 (9%), очень высокая – 1 (4,5%); у мальчиков: низкая – 1 (4,5%), ниже среднего – 2 (9%), средняя – 12 (52,5%), выше среднего – 4 (17%), высокая – 4 (17%). Низкой массы тела не было у мальчиков и девочек с ДМЖП, а очень низкой и очень высокой – только у мальчиков. Длина тела девочек II группы была очень низкой у 1 (4%), ниже среднего – 1 (4%), средней – 14 (61%), выше среднего – 5 (22%), очень высокой – 2 (9%). С низкой и высокой длиной не было девочек, а с очень низкой и низкой – мальчиков. Другие показатели длины мальчиков: ниже среднего – 1 (4%), средние – 7 (30%), выше среднего – 3 (13%), высокие – 4 (17%), очень высокие – 8 (35%). В I группе достоверно чаще встречались гармонично развитые дети – 21 (51%). Дисгармоничных и резко дисгармоничных детей с ДМПП было в равной степени – по 10 (24,5%). Достоверных различий в гармоничности развития детей с ДМЖП не было: резко дисгармоничных и дисгармоничных новорожденных было по 15 (33%), а гармонично развитых – 16 (34%).

Выводы.

1. Девочки с врожденными дефектами перегородок чаще рождались со средними показателями массы и длины тела, а мальчики – со средними, выше среднего и высокими.
2. Более половины детей с ДМПП (51 %) имели гармоничные показатели физического развития.
3. Достоверных различий в гармоничности физического развития детей с ДМЖП не установлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Томчик, Н. В. Структура врожденных пороков сердца у детей г. Гродно / Н.В. Томчик [и др.] // Актуальные проблемы медицины: сб. мат-лов итоговой научно-практической конференции, 28-29 января 2021 г. – Гродно, 2021. – С. 857–859.