

Министерства здравоохранения Республики Беларусь 30.11.2023 № 182. – URL: <https://inlnk.ru/68gOwm> (дата обращения: 06.11.2025).

3. Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification / P. A. Banks, T. L. Bollen, C. Dervenis [et al.] // Gut. – 2013. – Vol. 62, № 1. – P. 102–111.

1. Yadav, D. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer / D. Yadav, A. B. Lowenfels // Gastroenterology. – 2013. – Vol. 144, № 6. – P. 1252–1261.

ACUTE PANCREATITIS AS A BURDEN ON THE INPATIENT HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF BELARUS: ANALYSIS OF BED UTILIZATION AND DIAGNOSTIC PRACTICES

Fetisova E.I., Kolchevskaya A.A.

*Gomel State Medical University, Gomel, Belarus
Gomel Regional Clinical Hospital, Gomel, Belarus
publ_health@gsmu.by*

The study analyzed patients with acute pancreatitis hospitalized in surgical and intensive care units. Total bed-days reached 1340, indicating high resource consumption. Mortality in the intensive care unit was 70%, suggesting late hospitalization and advanced complications. The findings support the need for early risk stratification and optimization of bed utilization in line with Belarusian clinical guidelines.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОГО РОСТА И АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ С КРУПНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Халецкая Д.А.¹, Новицкая А.О.^{1,2}

¹*Детская центральная городская клиническая поликлиника г. Гродно,
Гродно, Беларусь*

²*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
khaletskaya2642@gmail.com*

Введение. Термин «крупный для гестационного возраста» утвердилось в педиатрической и неонатологической практике во второй половине XX века, после внедрения центильных кривых роста и массы новорождённых, предложенных Lubchenco и соавт. Согласно современным критериям это дети, у которых масса тела при рождении превышает 90-й перцентиль для соответствующего срока гестации, что чаще всего соответствует весу более 4000 г. Близким по смыслу термином является «макросомия», обозначающая абсолютную массу тела при рождении свыше 4000–4500 г, вне зависимости от гестационного возраста. За последние десятилетия макросомия стала чаще связана с ростом числа женщин с ожирением или метаболическими нарушениями. По данным эпидемиологических исследований, примерно 10% новорождённых рождаются с признаками избыточной массы тела.

Этиология рождения крупных детей носит многофакторный характер: сахарный диабет матери (гестационный или хронический), ожирение, избыточная прибавка массы тела во время беременности, перенашивание, а также наследственно детерминированная высокая масса тела родителей. Кроме того, крупный плод повышает риск акушерских осложнений: родовых травм, дистоции плечиков, гипоксии и необходимости оперативного родоразрешения.

Для педиатра и неонатолога категория детей «крупные для гестационного возраста» имеет особое клиническое значение, так как они требуют длительного динамического наблюдения. Именно у них чаще отмечаются нарушения темпов физического развития и признаки раннего метаболического дисбаланса. Исследования последних лет демонстрируют чёткую связь между крупной массой при рождении и риском ожирения в дальнейшем, особенно при быстром темпе прибавки после 6 месяцев жизни. Так, по данным F. Alyafei и соавт. (2022), к 2-3-летнему возрасту избыточную массу тела или ожирение имеют около 35% детей, родившихся крупными.

При этом прогноз для таких детей неодинаков. Конституционально крупные новорождённые, как правило, развиваются гармонично. В то время как, макросомия, связанная с диабетом матери, часто сопровождается диспропорцией телосложения при рождении, нарушениями углеводного обмена и склонностью к формированию метаболического синдрома в последующем. В этой группе особенно важно раннее наблюдение, контроль гликемии, липидного профиля и коррекция пищевого поведения.

Таким образом, дети, рождённые крупными для гестационного возраста, представляют особую клинико-прогностическую категорию. Их развитие отражает взаимодействие генетических, метаболических и средовых факторов, а ранняя оценка биомаркеров обмена и темпов физического роста позволяет своевременно выявлять предикторы возможных кардиометаболических нарушений и проводить целенаправленную профилактику.

Цель исследования. Оценить особенности постнатального роста и адаптации детей, рождённых с крупной массой тела.

Материалы и методы. В исследование были включены 83 ребенка, родившихся крупными к гестационному возрасту за период с января по декабрь 2024 года в ГУЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Все дети родились доношенными. В течении 12 месяцев эти дети наблюдались амбулаторно-поликлинической службой г. Гродно с информированного согласия родителей. Всем детям проводили антропометрические измерения (масса тела, длина тела, окружности груди и головы) в 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев. В связи изменением места жительства 9 детей было исключено из исследования. Обследованные дети были разделены на 2 группы: группа 1 – дети с массой тела при рождении 4000-4100 г (n=34); группа 2 – с массой тела при рождении >4100 г (n=38). Для статистического сравнения стандартный пакет прикладных статистических программ использовали STATISTIKA 10, для

независимых выборок - t-тест, критерий Спирмена, медианные значения и интерквартильные размахи (IQR), а также перцентильное распределение.

Результаты исследования. Установлено, что дети в группе 2 имели достоверно более высокую массу тела по сравнению детьми группы 1 (медиана 4250 г; (IQR 4162–4388); и соответственно 4050 г (IQR 4000–4050) $p < 0,001$). Показатели длины тела и окружности головы в исследуемых группах находились на границе статистической значимости или отсутствовали. Полученные закономерности согласуются с мнением исследователей, что главным фактором, определяющим различия на начальном этапе физического развития ребенка, выступает масса при рождении. К возрасту детей 6 месяцев между группами по массе и длине тела нивелировались (рисунок 1). Медиана массы тела в группе 1 составила 6850 г, в группе 2 – 7175. По окружности головы и груди значимых различий также не выявлено (рисунок 2). Полученные нами данные согласуются с мнением исследователей о том, что более крупные дети в первые месяцы жизни имеют несколько меньшие темпы прироста массы тела, чем их сверстники (эффект «catch-down growth»).

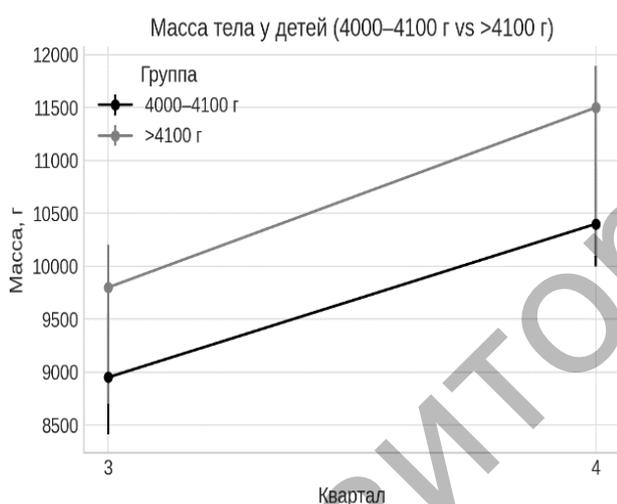


Рисунок 1 – Масса тела

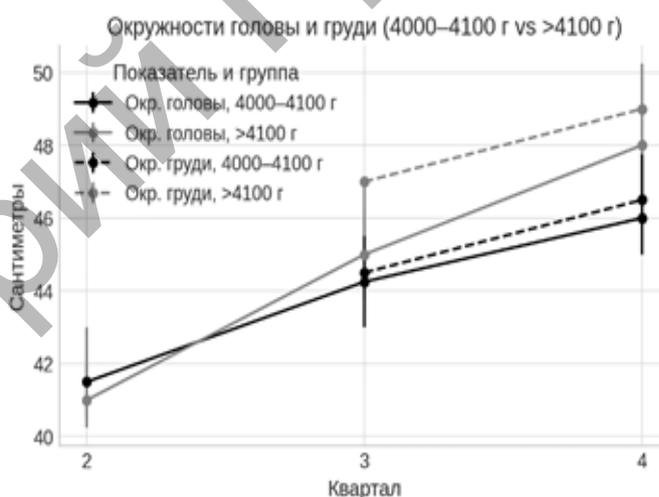


Рисунок 2 – Окружность головы и груди

В группах наблюдения выявлено, что к 3-му и 4-му кварталу вновь проявилась тенденция к опережающему развитию детей группы 2 (рисунок 3). Их медианы массы, окружности головы и груди были выше, чем у группы 1, однако статистическая значимость различий не достигала стандартного уровня

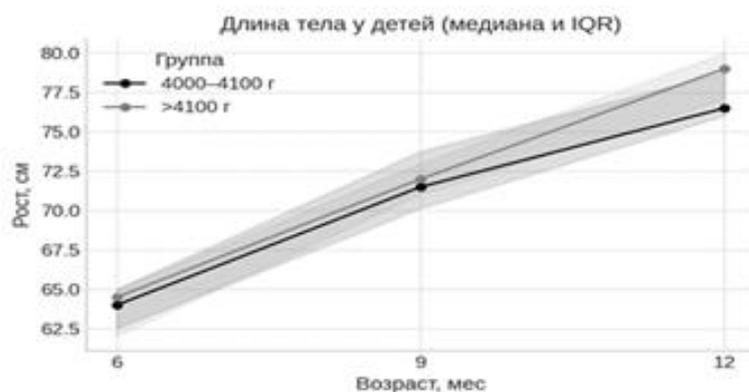


Рисунок 3 – Длина тела

Корреляционным анализом установлено, что с возрастом ребенка сильнее проявляется связь между массой при рождении и его последующим физическим развитием. Во втором квартале жизни эта зависимость была выражена слабо ($\rho=0.16$; $p>0,05$), однако к концу первого года становилась заметно выше ($\rho\approx 0,65-0,72$; $p<0,01$). Данный факт свидетельствует о том, что дети, рожденные «крупными к сроку гестации», чаще сохраняют более высокие показатели массы и объемов тела в дальнейшем.

Связь между массой при рождении и окружностями груди ($\rho\approx 0,55$) и головы ($\rho\approx 0,48$) была умеренной, а между массой при рождении и длиной тела – слабой или умеренной ($\rho<0,4$), что подтверждает сохранение пропорционального роста при различиях в массе.

Установлено, что у детей группы 2 параметры массы и окружностей головы и груди чаще попадали в верхние зоны распределения (75-й–90-й перцентили), тогда как у детей группы 1 – в медианную область. При этом по длине тела распределения практически совпадали, что указывает на сохранение пропорционального роста вне зависимости от исходной массы при рождении.

Авторы выражают благодарность сотрудникам Гродненского областного клинического перинатального центра за возможность выполнения исследования!

Выводы

1. Первый год жизни ребенка, родившегося крупным к сроку гестации, характеризуется фазой первоначального выравнивания параметров по сравнению с детьми с более низкой массой тела, а затем наблюдается тенденция к ускорению набора массы тела к 12-му месяцу жизни.

2. Масса при рождении оказывает устойчивое влияние на последующее физическое развитие ребенка, главным образом определяя показатели массы и окружностей тела, тогда как длина тела остается относительно независимой от исходных параметров.

3. Для уточнения выявленных закономерностей и придания им прогностического значения необходима более обширная выборка наблюдений, что позволит повысить достоверность результатов и расширить возможности их практического применения в неонатологии.

EVALUATION OF THE CHARACTERISTICS OF POSTNATAL GROWTH AND ADAPTATION OF CHILDREN BORN WITH LARGE BODY WEIGHT

Khaletskaya D.A.¹, Novitskaya A.O.^{1,2}

¹*Children`s Central City Clinical Polyclinic of Grodno, Grodno, Belarus*

³*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus*

khaletskaya2642@gmail.com

The objective of this study was to evaluate the postnatal growth and adaptation characteristics of children born large for their gestational age. The study found that children born large for their gestational age tend to gain weight faster by the 12th month of life, while their body length remains less dependent on baseline parameters. Further research is needed to fully understand the physical development characteristics of children born large for their gestational age.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ МЕЛАНОМОЙ

Харик А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

harik2827@mail.ru

Введение. Меланома представляет собой злокачественное меланоцитарное новообразование кожи, которое метастазирует лимфогенно и гематогенно [1]. Она возникает при злокачественном превращении меланоцитов – меланин-продуцирующих клеток кожи, глаз, слизистых оболочек и оболочек головного мозга, которые отвечают за пигментацию и фотозащиту.

Основные факторы риска включают интенсивное ультрафиолетовое облучение, злоупотреблением солярием, светлый фототип кожи, большое количество родинок, наследственную предрасположенность, ослабленный иммунитет, возраст и пол, а также предшествующие кожные опухоли [1].

По данным ВОЗ за 2022 год, в последние десятилетия заболеваемость меланомой продолжала тенденцию роста, отмечаемую [2]. В мире зарегистрировано более 330 тыс. новых случаев меланомы, что демонстрирует устойчивый рост на 3-5% по сравнению с предыдущими годами. Наивысшая частота выявления меланомы зафиксирована в Австралии и Новой Зеландии – до 35-40 случаев на 100 тыс. населения. В Северной и Западной Европе показатели находились в диапазоне 15-20 случаев заболеваний на 100 тыс. В Азии и Африке значения значительно ниже – около 1-4 случаев на 100 тыс.

В структуре злокачественных опухолей у человека меланома кожи составляет от 1 до 4%. Республика Беларусь относится к числу стран с высоким уровнем заболеваемости меланомой [3]. Темпы роста заболеваемости за последние 10 лет ставят меланому на второе место (+51%) после рака предстательной железы. Локализованную форму (I и II стадии) обнаруживают примерно в 80-85% случаев, меланому с метастазами в региональных