

на тошноту 4 (2,6%), повышенную сонливость – 2 (1,3%). 13 (8,8%) обследованных детей, несмотря на повышенное АД более 95 процентиля для данного возраста, пола и роста, при поступлении в стационар не предъявляли никаких жалоб.

При анализе коморбидной патологии у детей с диагностированной АГ установлено, что экзогенно–конституциональное ожирение выявлено у 74 (50,1%) пациентов. У 50 (67,6%) из них диагностировано экзогенно–конституциональное ожирение I ст., у 13 (17,6%) – ожирение II ст., у 11 (14,8%) подростков – ожирение III ст. Хроническая носоглоточная инфекция диагностирована у 53 (36,4%) обследованных детей, искривление носовой перегородки – у 26 (17,6%) пациентов.

Ангиопатия сетчатки диагностирована у 93 (62,8%) пациентов, миопия – у 20 (13,6%); спазм аккомодации – у 8 (5,4%), астигматизм – у 5 (3,4%) обследуемых детей с АГ.

Хроническая патология желудочно–кишечного тракта (хронический гастрит и/или гастроудоденит) выявлен у 9 (6,1%) пациентов; синдром Жильбера у 3 (2,7%) подростков.

Малые аномалии развития сердца на ЭХОКГ: фальшь хорда левого желудочка была диагностирована у 26 (17,7%) пациентов; пролапс митрального клапана – у 8 (5,4%) госпитализированных детей. У 29 (19,7%) детей сопутствующей патологии не было выявлено.

Выводы:

1. Основными жалобами у детей с артериальной гипертензией являются жалобы на головную боль (74,9%) и повышение артериального давления (84,6%).
2. Самыми частыми сопутствующими заболеваниями у детей с АГ являются экзогенно–конституциональное ожирение (50,1%), хроническая носоглоточная инфекция (36,4%) и малые аномалии развития сердца (23,1%).

Литература:

1. Ранняя диагностика артериальной гипертензии у лиц молодого возраста / М.И.Шупина [и др.] // Лечащий врач. – 2015. – № 2. – С. 15–18.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шейбак Л.В., Николаева М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2–я кафедра детских болезней

Научный руководитель – д.м.н., профессор Парамонова Н.С.

Актуальность. Во всем мире проблема железодефицитных анемий (ЖДА) у детей является актуальной. Ею страдают половина детей в развивающихся странах и около 7–12% в развитых странах. ЖДА приводит к поражению многих органов и систем, снижению защитных сил организма и является причиной нарушений роста и развития детей.

Цель исследования – установить факторы риска развития анемии у детей.

Объект и методы исследования. Проанализировано 320 историй развития ребенка в возрасте от 6 мес. до 15 лет, в том числе 260 детей с железодефицитной анемией (основная группа) и 60 – без анемии (группа сравнения). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, социальному статусу семьи. В основной группе у 70 детей анемия диагностирована как основное заболевание (группа 1), у 190 детей – как сопутствующее соматической патологии (группа 2). Диагноз основного и сопутствующих заболеваний устанавливался с использованием современных клинико–лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты. Сопоставление антенатальных факторов риска (гестоз 1–й и 2–й половины беременности, угроза прерывания беременности у матери) показало, что они не отличалась у детей обследованных групп, однако, тяжелая степень анемии чаще (32,5%) регистрировалась у детей, матери которых перенесли гестоз 2–й половины беременности ($p < 0,05$). А также имели анемию. Установлено, что в раннем возрасте анемия чаще диагностирована у детей, родившихся путем оперативного родоразрешения ($ОР=5,04$; $ДИ=1,46–17,34$), причем средняя и тяжелая степень анемии чаще регистрировалась у сельских детей, родившихся недоношенными и из двойни ($ОР=8,17$; $ДИ=1,11–60,39$). Дети с основным диагнозом анемия

чаще рождались недоношенными по сравнению с пациентами с соматической патологией и сопутствующей анемией (7,2%, против 3,4%, ($p < 0,05$). Выявлено, что анемия чаще развивалась у детей, находящихся на искусственном вскармливании с рождения или переведенных на такое питание в первые 3 месяца жизни ($p < 0,01$). Среди детей первой группы раннее искусственное вскармливание зарегистрировано у 34,7% детей и у 23,6% пациентов с сопутствующей анемией, в группе сравнения у 12,5%. При анализе перенесенных заболеваний установлено, что дети с анемией по сравнению с группой сравнения, на первом году жизни чаще болели респираторной инфекцией и рахитом. Соответствующие показатели для респираторной инфекции были 17,3% и 3,4% ($p < 0,01$); для рахита – 7,1% и 2,2% ($p < 0,05$).

В основной группе гармоничное физическое развитие имели 87 (33,5%), дисгармоничное – 173 (66,5%) пациентов. Гармоничное физическое развитие существенно чаще имели дети без анемии ($p < 0,05$). Детей с длиной тела менее 10% перцентиля было 6 (2,3%), что достоверно чаще, чем в группе сравнения ($p < 0,05$), выше 90% перцентиля 12 (4,6%). Детей с относительным дефицитом массы тела по длине было 42 (16,2%) ребенка. Масса менее 10% перцентиля также чаще регистрировалась в группе детей с анемией.

Таким образом, факторами риска развития анемии у детей являются: гестационная анемия матери, дети из двойни, недоношенность. Дети с анемией чаще имеют дисгармоничное развитие и болеют острой респираторной инфекцией.

Литература:

1. Конюх, Е.А. Клинико–эпидемиологические аспекты железодефицитных анемий у детей Гродненской области / Е.А.Конюх, В.Б.Гузаревиц // Актуальные проблемы педиатрии: мат. респ. науч.–практ. конф. с междунар. участием [Электронный ресурс] / Н.С.Парамонова (отв. ред.), Гродно, 05.11.2015. – Гродно: ГрГМУ, 2015. – С. 110–113.

МАССА ТЕЛА, ВСКАРМЛИВАНИЕ, ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СУЩЕСТВУЕТ ЛИ СВЯЗЬ?

Шенец Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно
2–я кафедра детских болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хоха Р.Н.

Введение. Последние десятилетия характеризуются ростом распространенности ряда хронических заболеваний у детей. Одна из возможных причин – изменение метаболических процессов в организме, которые формируются на ранних этапах развития.

Цель – установить связь динамики массы тела, вида вскармливания на первом году жизни детей с развитием хронических заболеваний.

Методы исследования. Обследован 101 ребенок: 19 практически здоровых (1 группа), 27 с заболеваниями сердечно–сосудистой системы (2 группа), 14 с ожирением (3 группа), 12 с сахарным диабетом (4 группа), 16 с заболеваниями мочевой системы (5 группа), 13 с бронхиальной астмой (6 группа). Оценивали массу тела, длину тела в 1, 3, 6, 9, 12 месяцев; прибавку массы и длины тела в первом и втором полугодии жизни. Анализировали вид и длительность вскармливания. Данные исследований представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25–й; 75–й перцентиль).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных составил 14 (12; 16) лет. Масса тела при рождении детей 1 группы составила 3370 г (3100; 3450), 2 – 3550 г (3250; 3650), 3 – 3490 г (3200; 3800), 4 – 3350 г (3050; 3600), 5 – 3083 (3498; 3490), 6 – 3450 г (3400; 3800). В 1 месяц масса тела детей 1 группы составила 4350 г (4100; 4720), 2 – 4400 г (4000; 4600), 3 – 4200 г (4000; 4700), 4 – 4100 г (3400; 4500), 5 – 4050 г (3900; 4500), 6 – 4200 г (4000; 4600). В 3 месяца масса тела детей 1 группы составила 6300 г (5680; 6650), 2 – 5800 г (5200; 6000), 3 – 5750 г (5400; 6000), 4 – 5100 г (4400; 5700), 5 – 5600 г (5150; 5900), 6 – 5600 г (5600; 6000). В 6 месяцев масса тела детей 1 группы составила 8100 г (7500; 8500), 2 – 7500 г (7000; 8000), 3 – 7600 г (7000; 8000), 4 – 6400 г (5950; 7500), 5 – 7700 г (6700; 8000), 6 – 7400 г (7100; 7800). В 9 месяцев масса тела детей 1 группы составила 9050 г (8700; 10200), 2