

Таблица 2. – Сравнительная характеристика уровня ЭТ-1 в группах пациентов с выполненной реваскуляризацией

Параметр	1 группа (n=20)	2 группа (n=17)	p
ЭТ-1, пг/мл	16,39 (8,26;31,01)	10,09 (7,51;19,37)	>0,05

Выводы. В результате проведенного исследования были выявлены достоверные различия по уровню ЭТ-1 у пациентов с наличием хронической ИБС в сочетании с СД 2 типа и пациентами с наличием ИБС без СД 2 типа. Также установлены достоверные различия по содержанию ЭТ-1 у пациентов с перенесенным ИМ и выполненной реваскуляризацией миокарда в сочетании и без сочетания с СД 2 типа. Не получено достоверных различий по содержанию ЭТ-1 у пациентов с выполненной реваскуляризацией.

Исследование выполнено при финансовой поддержке БРФФИ (договор № М17-177 от 18 апреля 2017 года).

ЛИТЕРАТУРА

1. Булаева, Н.И. Эндотелиальная дисфункция и оксидативный стресс: роль в развитии кардиоваскулярной патологии / Н. И. Булаева, Е. З. Голухова // Креативная кардиология. – 2013. – № 1. – С. 14-22.

2. Максименко, А.В. Функции и состояние эндотелиального гликокаликса в норме и патологии / А. В. Максименко, А. Д. Турашев // Атеросклероз и дислипидемии. – 2011. – № 2. – С. 4-17.

3. Endothelial-vasoprotective effects of high-density lipoprotein are impaired in patients with type 2 diabetes mellitus but are improved after extended-release niacin therapy / S. A. Sorrentino, C. Besler, L. Rohrer [et al.] // Circulation. – 2010. – Vol. 121, № 1. – P. 110-122.

4. Segmental coronary endothelial dysfunction in patients with minimal atherosclerosis is associated with necrotic core plaques / S. Lavi, J. H. Bae, C. S. Rihal [et al.] // Heart. – 2009. – Vol. 95. – P. 1525-1530.

5. Vascular fibrosis in aging and hypertension: molecular mechanisms and clinical implications / A. Harvey, R. A. Lopes, F. Rios [et al.] // Can J. Cardiol. – 2016. – № 32. – P. 659-668.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕНТИЛЬНЫХ ДИАПАЗОНОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Дагаева А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Детский организм, в отличие от организма взрослого, в большей степени реагирует на изменения, как внешней среды, так и социальных условий. Тем не менее, появляющиеся публикации по данной теме,

не могут достоверно характеризовать детей белорусской популяции в целом и гродненского региона в частности, в связи с наличием ряда особенностей исторической, социальной, экологической ситуации данного региона.

Несмотря на повсеместное внедрение стандартов, в том числе и стандартизацию исследований физического развития, до настоящего времени вопрос о преимуществах различных методик остается дискуссионным и поиск оптимальной методики оценки антропометрических показателей продолжается.

Центильный метод оценки на современном этапе является самым широко используемым, так как при использовании центильных таблиц или графиков исключаются дополнительные расчеты, что делает его наиболее простым и удобным в применении.

В 2006 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала результаты обследования сводной выборки детей всего мира. Использовать разработанные ими таблицы для белорусской популяции на современном этапе не представляется возможным, поскольку стандарты ВОЗ были получены при оценке детей раннего возраста, находящихся исключительно на грудном вскармливании. В то время, как по полученным данным в результате проведенного нами исследования, дети в Гродненском регионе вскармливаются исключительно грудью только в 80% случаев на первом месяце жизни, к 3 месяцу жизни детей на грудном вскармливании становится меньше 50%, к полугоду 35% и всего 25% к годовалому возрасту.

Цель. Обоснование целесообразности использования региональных центильных диапазонов для определения физического развития детей дошкольного возраста гродненского региона.

Методы исследования. Материалы для нее были получены в поликлиниках г.Гродно и Гродненской области, в дни здорового ребенка, во время профилактических осмотров. Всего было обследовано 2000 детей, проживающих в 3 населенных пунктах Гродненской области.

У обследованных по общепринятым методикам детей определялись длина тела, масса тела, обхват грудной клетки, окружность головы.

Вычисляли: индекс Кетле-2 или иначе индекс массы тела (ИМТ) – отношение массы тела (в килограммах) к квадрату длины тела (в метрах), средние прибавки массы и длины тела.

Кроме измерения роста-весовых показателей и окружностей тела ребенка, программа исследования включала: клинический осмотр, сбор анамнеза, в том числе акушерского, оценку особенностей течения перинатального периода, изучение наследственности и характера вскармливания.

Результаты заносились в специально разработанную карту обследования, а далее в базу данных на основе пакета программ «Microsoft Excel 2010». Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q).

При расчете референтных величин, за временную единицу принимались декретированные сроки для проведения плановых профилактических медицинских осмотров, которые на первом году жизни ребенка равны одному

месяцу, на втором – трем месяцам, на третьем – полугоду.

Для характеристики признаков использовалась стандартная методика, основанная на обработке данных при помощи описательной статистики.

Для выявления достоверных различий между группами и влияния различных факторов на вычисляемые референтные величины, использовались параметрические и непараметрические критерии.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа было установлено, что характер питания не оказывает статистически значимого влияния на массу и длину тела мальчиков в возрасте от рождения до года, а девочки, на искусственном вскармливании имеют достоверно большую ($p=0,01$), по сравнению с девочками на естественном вскармливании массу тела.

Таким образом, для сравнения с нормативами ВОЗ, были использованы антропометрические показатели девочек находившихся на грудном вскармливании до года.

В результате анализа, установлено, что медианы массы тела девочек Гродненского региона в возрастном интервале от 8-и месяцев до года, выходят за границы 75 центилей нормативов ВОЗ, а значения 25 центилей, полученные в нашем исследовании, больше либо равны медианам, приведенным в таблице ВОЗ.

Аналогичные различия нормативов выявлены и для длины тела. Медиана этого показателя у новорожденных девочек из таблицы ВОЗ очень близка к значению 25-й центили рассчитанной нами нормативной таблицы. На протяжении всего первого года жизни значения 25 центилей и медиан длины тела девочек гродненского региона практически совпадают со значениями медиан и 75 центилей соответственно нормативов ВОЗ.

Установлено также наличие высокой статистической значимости различий при сравнении приведенных в таблицах ВОЗ средних значений и средних квадратических отклонений длины тела девочек первого года жизни с аналогичными параметрами, полученными в нашем исследовании (во всех случаях сравнений $p<0,00001$).

Статистические характеристики массы и длины тела мальчиков Гродненского региона определялись без учета характера вскармливания. В возрастном интервале от рождения до года показатели массы тела мальчиков, соответствующие медианам и 75 центилям, указанным в таблицах ВОЗ, идентичны значениям 25 центилей и медиан соответственно, рассчитанных для детей Гродненского региона.

Аналогичным образом смещены центильные характеристики длины тела мальчиков первого года жизни, причем средние значения этого у детей Гродненского региона достоверно выше, средних из нормативных таблиц ВОЗ (во всех случаях сравнений $p<0,0001$).

Аналогичная закономерность в указанные временные периоды прослеживается и для индекса массы тела, так же с высокой степенью достоверности.

Выводы:

1. Полученные результаты свидетельствуют о том, что характеристики массы и длины тела детей гродненского региона первого года жизни, достоверно различаются с нормативами, предлагаемыми ВОЗ, и требуют к использованию в практическом здравоохранении внедрения региональных нормативов.

2. Разработанные таблицы на основании обследования детей Гродненского региона периода новорожденности, грудного возраста, раннего детства и дошкольного периода позволят повысить эффективность оценки физического развития ребенка и скрининг-диагностики нарушений нутритивного статуса.

3. Ранняя диагностика нарушений физического развития с последующей коррекцией является важным условием улучшения качества жизни и возможна при условии наличия адекватных региональных своевременно обновляемых стандартов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Година, Е. З. Секулярный тренд: итоги и перспективы / Е. З. Година // Физиология человека. – 2009. - № 6. - С. 128 - 135.

2. Ляликов, С. А. Физическое развитие детей Беларуси / С. А. Ляликов, С. Д. Орехов // Гродно: ГрГМУ, 2000. – 210 с.

3. Enrolment and baseline characteristics in the WHO Multicentre Growth Reference Study / H. Lagercrantz [et al] // Acta Paediatrica. – 2006. – Vol. 95. – 450 p.

4. The WHO Multicentre Growth Reference Study: planning, study design, and methodology / M. De Onis [et al] // Food Nutr. Bull. – 2004. – Vol. 25. – №1. – P. 15 – 26.

ПРЕДИКТОРЫ РЕКУРЕНТНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Дагаева А.А., Скерсь А.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что большинство детей переносит в течение года от 3 до 5 эпизодов острых респираторных инфекций. При этом установлено, что в каждой возрастной группе имеются дети с более высоким, чем у сверстников, уровнем заболеваемости ОРВИ, на их долю приходится до 68,0-75,0% всех описываемых случаев. Зарубежные авторы в этих случаях говорят о детях с рекуррентными респираторными инфекциями. В отечественной медицине детей подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма принято называть «часто длительно болеющими» (ЧДБ). Термин ЧДБ не является нозологической