

Литература:

1. Диагностическое значение биомолекулярных маркеров при гиперплазии эндометрия / И. В. Станоевич [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. 7, № 2. – С. 52-56.
2. Ожиганова, И. Н. Неопухолевая патология эндометрия (рабочие стандарты патологоанатомического исследования) / И.Н. Ожиганова. – СПб., 2007. – С. 42-53.
3. Пашков, В. М. Современные представления об этиологии и патогенезе гиперпластических процессов эндометрия и миомы матки / В. М. Пашков, В. А. Лебедев, М. В. Коваленко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 51-59.

ОСОБЕННОСТИ МАССЫ И ДЛИНЫ ТЕЛА ДЕВОЧЕК г. ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 3-Х ЛЕТ

Дагаева А. А., Ляликов С. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Введение. Физическое развитие – один из самых информативных показателей состояния здоровья детского населения. Следовательно, необходим динамический контроль показателей физического развития, особенно у девочек, учитывая их гендерные функции, и особенно в первые годы жизни, когда дети растут наиболее интенсивно.

До настоящего времени нет единого подхода к методологии разработки нормативных таблиц и графиков для оценки антропометрических показателей: по заключению экспертов ВОЗ, закономерности развития человеческого организма в течение первых пяти лет жизни не зависят от этнической принадлежности, и, следовательно, при оценке физического развития детей можно пользоваться универсальными нормативами, разработанными на основании обследования детей из разных стран, проживающих в оптимально благоприятных условиях, без учета этнических и региональных особенностей [3]. Вместе с тем существует альтернативное мнение, что стандарты физического развития должны создаваться на основании данных, полученных при

обследовании конкретных популяций, и обязательно должны быть приурочены к определенному месту и времени [1, 2].

Цель нашего исследования: сопоставить статистические характеристики длины и массы тела девочек от рождения до трех лет жизни, проживающих на территории Гродненской области со стандартами ВОЗ, оценить влияние на них антенатальных и постнатальных факторов.

Объект и методы исследования. Объектом исследования послужили 1003 девочки Гродненского региона, родившиеся с 2006 по 2010 годы. Отбор детей для исследования проводился в соответствии с принципами, использованными экспертами ВОЗ при составлении универсальных международных справочных таблиц для оценки физического развития детей [4].

Критерии включения в исследование: масса тела при рождении равна либо больше 2500 г, но меньше 4500 г, информированное согласие родителей на проведение обследования.

Критерии не включения: наличие врожденных пороков развития и заболеваний, диагностированных при рождении.

Критерии исключения: из исследования исключались девочки, у которых в период наблюдения (с рождения до 3-летнего возраста) были диагностированы заболевания и пороки развития, сопровождающиеся белково-энергетической недостаточностью или избыточной массой тела.

Ежемесячно на первом году жизни, ежеквартально на втором году, а затем каждые полгода всем обследуемым детям измеряли массу тела (на механических весах) и длину тела (с помощью деревянного ростомера), фиксировали характер вскармливания. Информация о возрасте родителей, количестве предшествующих беременностей, выкидышей, аборт и родов, течении настоящей беременности у матерей обследованных, группах крови и резус принадлежности детей была получена из историй развития ребенка (форма 112/y).

Полученные данные были обработаны с помощью пакета прикладных программ Statistica 10 (серийный номер 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.

Результаты и их обсуждение. Данные, полученные в результате исследования, сравнивались с нормативами, приводимыми в справочных таблицах ВОЗ [5]. Поскольку в исследовании ВОЗ, при составлении таблиц для оценки физического развития детей в возрасте от 0 до 24 мес. Были использованы антропометрические данные лиц, находившихся исключительно на грудном вскармливании, нами была проанализирована достоверность зависимости массы тела детей в декретированные сроки от вида вскармливания. В результате установлено, что характер питания был достоверно связан с показателями массы и длины тела только во втором полугодии жизни. Девочки, получавшие в качестве питания искусственные смеси, по сравнению с девочками на естественном вскармливании имеют большую массу тела в 7 мес. ($p=0,01$), 8 ($p=0,02$), 9 ($p=0,002$), 10 ($p=0,0008$) и 12 мес. ($p=0,003$), а также длину тела в 8 ($p=0,01$), 10 ($p=0,02$) и 11 ($p=0,02$) мес., соответственно.

Таким образом, для сравнения с нормативами ВОЗ были использованы антропометрические показатели девочек, находившихся на грудном вскармливании (табл. 1). В результате анализа установлено, что медианы массы тела девочек Гродненского региона в возрастном интервале от 8-ми месяцев до 2-х лет выходят за границы 75 центилей нормативов ВОЗ, а значения 25 центилей, полученные в нашем исследовании, в интервале от 6-ти месяцев до двух с половиной лет больше либо равны медианам, приведенным в таблице ВОЗ.

Таблица 1. – Характеристика массы тела девочек на грудном вскармливании в возрасте от рождения до 3 лет по данным ВОЗ и результатам исследования (в граммах)

Возраст	Данные ВОЗ					Результаты исследования				
	Q3	Q25	Me	Q75	Q97	Q3	Q25	Me	Q75	Q97
Новорожд.	2400	2900	3200	3600	4200	2660	3100	3350	3625	4120
1 мес.	3200	3800	4200	4600	5400	3500	4100	4400	4700	5250
2 мес.	4000	4700	5100	5600	6500	4200	5000	5300	5600	6500
3 мес.	4600	5400	5800	6400	7400	5000	5700	6030	6500	7400
4 мес.	5100	5900	6400	7000	8100	5600	6300	6800	7300	8400
5 мес.	5500	6400	6900	7500	8700	6000	6800	7300	7900	9000

6 мес.	5800	6700	7300	7900	9200	6500	7300	7800	8400	9620
7 мес.	6100	7000	7600	8300	9600	7000	7700	8200	8900	10000
8 мес.	6300	7300	7900	8600	10000	7100	8000	8650	9400	10400
9 мес.	6600	7600	8200	8900	10400	7500	8300	9000	9800	11100
10 мес.	6800	7800	8500	9200	10700	7700	8800	9300	10000	11500
11 мес.	7000	8000	8700	9500	11000	8000	9000	9600	10200	12000
12 мес.	7100	8200	8900	9700	11300	8300	9300	10000	10650	12450
1г 3 мес.	7700	8800	9600	10400	12200	9000	10000	10800	11500	13000
1г 6мес.	8200	9400	10200	11100	13000	9500	11200	12000	13000	14400
1г 9мес.	8700	10000	10900	11800	13800	10000	11150	12000	13000	14800
2 года	9200	10600	11500	12500	14600	10500	11800	12500	13500	15600
2г 6 мес.	1010 0	11700	12700	13800	16200	11200	12700	13500	14500	16200
3 года	1100 0	12700	13900	15100	17800	12000	13500	14000	15000	17200

Аналогичные различия нормативов выявлены и для длины тела (табл. 2). Медиана этого показателя у новорожденных девочек из таблицы ВОЗ очень близка к значению 25-й центили рассчитанной нами нормативной таблицы. Во все изученные возрастные периоды 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 в возрастном интервале от 0 до 2-х лет 6-ти мес. С аналогичными параметрами, полученными в нашем исследовании (во всех случаях сравнений $p < 0,00001$).

Таблица 2. – Характеристика длины тела девочек на грудном вскармливании в возрасте от рождения до 3 лет по данным ВОЗ и результатам исследования (в сантиметрах)

Возраст	Данные ВОЗ					Результаты исследования				
	Q3	Q25	Me	Q75	Q97	Q3	Q25	Me	Q75	Q97
Новорожд.	45,6	47,9	49,1	50,4	52,7	49,0	51,0	52,0	53,0	55,0
1 мес.	50,0	52,4	53,7	55,0	57,4	51,0	54,0	55,0	56,0	58,0
2 мес.	53,2	55,7	57,1	58,4	60,9	54,0	57,0	58,0	59,0	62,0
3 мес.	55,8	58,4	59,8	61,2	63,8	57,0	60,0	61,0	62,0	65,0
4 мес.	58,0	60,6	62,1	63,5	66,2	59,0	62,0	63,0	65,0	68,0

5 мес.	59,9	62,5	64,0	65,5	68,2	62,0	64,0	65,0	67,0	70,0
6 мес.	61,5	64,2	65,7	67,3	70,7	63,0	66,0	67,0	69,0	72,0
7 мес.	62,9	65,7	67,3	68,8	71,6	65,0	67,0	69,0	70,0	73,0
8 мес.	64,3	67,2	68,7	70,3	73,2	66,0	69,0	70,0	72,0	74,0
9 мес.	65,6	68,5	70,1	71,8	74,7	68,0	70,0	71,5	73,0	76,0
10 мес.	66,8	69,8	71,5	73,1	76,1	69,0	72,0	73,0	75,0	77,0
11 мес.	68,0	71,1	72,8	74,5	77,5	70,0	73,0	74,0	76,0	79,0
12 мес.	69,2	72,3	74,0	75,8	78,9	72,0	74,0	76,0	78,0	80,0
1г. 3 мес.	72,4	75,7	77,5	79,4	82,7	74,0	77,0	79,0	81,0	84,0
1г. 6 мес.	75,2	78,7	80,7	82,7	86,2	77,0	80,0	82,0	84,0	88,5
1г. 9 мес.	77,9	81,6	83,7	85,7	89,4	80,0	83,0	85,0	87,0	91,0
2 года	79,6	84,2	85,7	88,6	92,5	82,0	85,0	87,0	90,0	94,0
2 г. 6 мес.	84,0	88,3	90,7	93,1	96,5	85,0	90,0	92,0	94,0	99,0
3 года	87,9	92,5	95,1	97,6	101,3	90,0	93,0	95,0	98,0	103,0

Установлено отсутствие достоверного влияния количества аборт и выкидышей у матерей исследуемых девочек на прибавки длины и массы тела на первом году жизни. В то же время количество предшествующих беременностей у матерей исследуемых детей оказывает достоверное влияние на показатели массы тела при рождении ($p=0,03$) и на первом месяце жизни ($p=0,02$), соответственно.

У детей женского пола номер родов значительного влияния на массу и длину тела ребенка не оказывает.

Выводы:

1. У девочек, находящиеся на искусственном вскармливании во втором полугодии жизни, масса тела достоверно выше, чем при грудном вскармливании.

2. Характеристики массы и длины тела девочек Гродненского региона в возрасте от 0 до 3-х лет существенно отличаются от нормативов, предлагаемых ВОЗ.

3. Количество предшествующих выкидышей и абортов у матерей обследованных девочек не оказывает достоверного влияния на показатели длины и массы тела как при рождении, так и в декретированные сроки до трех лет.

Литература:

1. Ляликов, С. А. Физическое развитие детей Беларуси / Ляликов С. А., Орехов С. Д // Гродно ГрГМУ.-2000.

2. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: сборник научных статей / Российская академия медицинских наук, Союз

педиатров России; науч. ред. А. А. Баранов, В. Р. Кучма.- Москва, 2013. – 200 с.

3. Enrolment and baseline characteristics in the WHO Multicentre Growth Reference Study /H. Lagercrantz [etal] // ActaPaediatrica. - 2006.

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

5. Child growth standards [Electronic resource] / World Health Organization. – WHO, 2015.- Mode of access: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en>.

СОСТОЯНИЕ ЙОДНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ РАННЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Езерская А. Ю., Ровбуть Т. И., Надольник Л. И.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»;

*ГП «Институт биохимии биологически активных соединений
НАН Беларуси», г. Гродно, Беларусь

Введение. Неустранимый геохимический дефицит йода в почве и воде является причиной йоддефицитных заболеваний. По данным Всемирной организации здравоохранения болезни, обусловленные нехваткой йода, – самые распространенные заболевания неинфекционной природы на нашей планете [1].

Йод – незаменимый микроэлемент, являющийся субстратом для синтеза тиреоидных гормонов. В настоящее время окончательно не установлены механизмы метаболической адаптации клеток щитовидной железы (ЩЖ) при нарушении йодной обеспеченности (дефицит йода и/или избыточное поступление в организм). Здесь важную роль играют как ТТГ (тиреотропно)-зависимые, так и ТТГ-независимые механизмы ауторегуляции метаболизма йода в ЩЖ [2]. Длительное время недостаточность йода считалась практически единственным фактором, провоцирующим развитие эндемической и узловой патологии ЩЖ.

Для рационального, здорового питания важно достаточное и сбалансированное потребление незаменимых пищевых продуктов (витаминов, микроэлементов, минералов, жирных кислот и аминокислот). В организме человека йод присутствует в