

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВЛИЯНИЮ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ

Ф.М. Абдурахманова, З.Х. Рафиева

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ключевые слова: стресс, период новорожденности, физическое развитие ребёнка

Введение. Дети наиболее чувствительны к воздействию окружающей среды (1). Реакция детей на действие различных внешних факторов может отличаться от взрослых ввиду наличия критических периодов развития ребёнка (2,3). В настоящее время большое внимание привлекает вопросы влияния стрессовых ситуаций на матерей, формирования и развития их репродуктивной системы (4).

Цель исследования: изучение состояния здоровья детей, рождённых от женщин, подвергшихся психотравмирующими факторами.

Материал и методы исследования. В 2008 году профилактическими осмотрами были охвачены 320 детей в зоне конфликтов, рождённых от матерей, подвергшихся психоэмоциональной травме, из них в возрасте 6-7 лет – 140 детей, в возрасте 8-12 лет - 180. Контрольную группу составили 120 детей того же возраста (табл.1).

Таблица 1
Характеристика обследованных детей в зависимости от возраста

Когорта обследования	6-7 лет		8-12 лет	
	Абс.чис.	%	Абс.чис.	%
Дети основной группы	140	43,4	170	56,6
Контрольная группа	60	42,8	80	57,2
Итого:	190	>0,2	250	>0,5

Результат и их обсуждение. Физическое развитие ребёнка является важнейшим отражением его здоровья [1,2]. По массе тела и росту при рождении, за редким исключением, можно судить о степени функциональной зрелости и адаптационных возможностях ребёнка. Показатели физического развития у детей основной и контрольной групп представлены в таблице 2.

Основными показателями физического развития детей принято считать средние значения массы тела, роста, окружности грудной клетки и головы [3,4].

Нормальный уровень гармоничного физического развития выявлен у большинства детей первой группы (71,7%-85,5%). Отклонение зарегистрировано в 11% наблюдений и были связаны с повышенной массой тела при нормальной длине в периоде новорожденности (4,9%), либо со сниженной массой тела при нормальных значениях длины в периоде новорожденности в 6,1%. Начиная с раннего детства отмечено 15,3% детей, имеющих сниженную массу тела при нормальных значениях длины. С дошкольного и на протяжении младшего школьного возраста количество детей со сниженной массой при нормальной длине тела уменьшается

Таблица 2
Показатели физического развития детей основной и контрольной группы

Возраст	Когорта	Длина, см	Масса, кг	Окружность груди, см	Окружность головы, см
Новорождённые	I	50,3±1,84	2,90±0,47	32,8±1,06	33,76±0,95
	II	51,40±1,96	2,74±0,53	32,85±1,06	34,70±1,20
	III	50,66±1,50	2,72±0,32	32,02±1,52	33,62±1,90
	IV	48,91±1,42	2,72±0,41	31,13±1,42	32,92±1,10
	контроль	51,20±1,76	3,20±0,34	34,00±1,76	33,80±1,10
4-6 месяцев	I	68,20±2,10	6,5±0,92	36,72±0,79	39,10±1,70
	II	54,65±1,80	4,2±0,81	36,6±1,62	38,80±1,32
	III	58,00±4,44	5,10±1Д3	39,22±3,51	37,91±2,50
	IV	60,00±4,00	5,1±1,00	38,22±2,99	37,81±2,40
	контроль	60,10±4,20	6,00±0,71	40,62±3Д0	38,10±1,48
10-12 месяцев	I	77,42±2,00	8,98±0,22	49Д0±2Д1	46,10±1,98
	II	68,58±1,30	8,95±1,00	46,20±2,50	46,11±2,80
	III	70,60±3,69	8,56±1,00	47Д1±2,20	44,20±1,22
	IV	70,66±3,72	9,35±1,20	48,1±2,36	45,18±1,28
	контроль	74,22±2,20	10,30±0,90	48,10±2,40	47,90±2,20
36 месяцев	I	97,01±1,90	12,11±1,80	46,80±2,50	46,2±2,80
	II	89,21±4,99	12,12±1,20	50,56±2,10	47,79±2,99
	III	82,21±5Д2	12Д8±1Д8	50,31±1Д3	45,70±3,04
	IV	84,61±5Д0	12Д0±1,12	59,62±1Д0	44,80±3,12
	контроль	100Д±1,20	14,70±1Д0	51,90±2,50	52,20±2,20
4-6 лет	I	110,0±0,70	24,21±1,82	53,68±0,70	52,0±0,60
	II	112Д±0,96	20,32±2,30	51,32±0,28	50,32±0,70
	III	108,9±0,79	21,57±1Д8	52,48±1,00	50,52±0,46
	IV	106,0±0,7	20,52±1,00	50,12±1Д0	52,80±0,40
	контроль	114,0±1,00	23,01 ±4,00	52Д0±2,00	51,70±0,50

7-9 лет	I	127.Ш.34	22,65±0,90	62,38±0,70	52,24±0,46
	II	125,0±1,20	24,48±0,62	60,22±0,48	55,20±0,24
	III	124,4±1,32	22,22±0,60	60,00±1,10	52,20±0,32
	IV	124,8±1,20	22,11±0,60	58,90±0,80	50,80±0,40
	контроль	130,1±1,10	27,18±0,70	65,20±0,20	52,90±0,40
7-8 лет	I	146,2±2,30	35,61±1,80	62,10±0,72	52,52±0,74
	II	144,0±1,24	32,72±1,34	66,00±1,22	52,42±0,36
	III	144,1±1,99	34,22±2,99	65,00±3,00	53,16±0,66
	IV	142,0±2,71	32,51±2,85	69,00±3,00	52,10±0,62
	контроль	145,0±1,90	33,00±0,88	66,15±0,68	53,40±0,68
8-12 лет	I	162,0±0,30	48,60±0,30	76,10±1,86	52,48±0,58
	II	160,0±1,52	47,95±1,65	76,10±1,20	56,10±0,26
	III	160,1±2,77	44,10±1,86	75,10±3,10	52,56±0,57
	IV	152,8±2,00	42,92±1,72	76,88±2,90	54,00±0,41
	контроль	160,2±3,70	49,69±3,00	77,10±2,40	52,90±1,22

до 10,2%. В подростковом возрасте количество таких детей снижается до 7% [2,4].

Нормальное физическое развитие выявлено у большинства детей второй группы (67,4-79,9%). Из них у 11,19% (1) имеется дисгармоничное развитие. Отклонение физического развития регистрируется в 29% (22,4%) наблюдениях. С наибольшей частотой встречались дети с высокой длиной тела с ростом показателя к подростковому возрасту. Повышенная масса при нормальных значениях длины зарегистрирована у детей грудного возраста (1-1,5%), в дошкольном (2,9%), младшем школьном (2%), и подростковом (1,2%) возрасте. Высокая масса тела при нормальной длине регистрируется в периоде новорожденности (1,8%), в периоде раннего детства (4,2%), в дошкольном (4%) и подростковом (2,5-2,7%) возрасте.

Низкая масса при нормальной длине тела имеется у наибольшего числа детей (3,4%) в периоде новорожденности, выравниваясь к концу первого года (2,2%), в последующем незначительное выравнивание происходит в подростковом возрасте. Сниженная и низкая длина при нормальных значениях массы тела в периоде новорожденности зарегистрирована у одинакового количества детей (1,5-1,5%), так же как и в раннем школьном возрасте (1,3-1,3%), и в подростковом возрасте отмечена лишь сниженная длина (1,6%) при нормальной массе тела.

На протяжении всего периода детства у детей третьей группы преобладал нормальный вариант физического развития с наименьшей частотой у новорожденных (60,2%). Дети с данным вариантом физического развития к 12 месяцам составили 70,5%, к 3 годам – 66,5%, в раннем школьном периоде – 89% и некоторое снижение к 13 годам - 80,2%. Негармоничное физическое развитие отмечено у 29,6% детей. Отклонения физического развития имели 85 (32,4%0 детей. Повышенная длина при нормальных значениях массы тела выявлена в периоде новорожденности у 1,5%, возрастая к подростковому периоду до 8%. В раннем школьном возрасте (1,3%) и в подростковом возрасте (1,6%) отмечена лишь сниженная длина при нор-

мальной массе тела.

У детей четвёртой группы наблюдения отмечается сниженная масса тела при нормальной длине в периоде новорождённости у 29,6%, снижаясь в дошкольном возрасте до 11,5% и вновь увеличиваясь в раннем школьном возрасте до 14,6%. Отклонения физического развития имеют 27 (3,7%) детей, негармоничность физического развития отмечена у 33% детей.

Проводя итог, отмечаем, что у детей первой группы наблюдения в большей степени страдают показатели массы тела по сравнению с длиной, причём недостаток её регистрируется в 1,3 раза чаще, чем избыток.

У детей второй группы преимущественно отмечаются отклонения массы тела по отношению к длине. В период новорождённости заметен недостаток массы с отрицательной тенденцией роста массы в дошкольном, раннем школьном и особенно в подростковом возрасте.

У детей третьей группы в 1,8 раза чаще отмечается отклонение массы по отношению к длине, превалирует недостаток массы на всём протяжении детского возраста, проявляясь в меньшей степени в дошкольном и школьном возрасте.

В четвёртой группе наблюдения значительная часть детей имеет отклонения и негармоничность физического развития.

Вывод. Нарушения физического развития чаще диагностируется у детей третьей и четвёртой групп наблюдения, т.е. у детей, родившихся через 4 и 7 лет после получения стресса матерями в зонах конфликта. Наиболее уязвимыми во всех четырёх группах наблюдения является период новорождённости, дошкольный и школьный периоды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Волкова С.А., Матгалова О.В., Кожин А.А.. Медицинские и экологические проблемы охраны материнства и детства// Новгород, 1993
2. Крукович Е.В., Жданова Л.А., Лучанинова В.Н. Рисковые периоды формирования здоровья детей и подростков// Педиатрия: Журнал имени Г.Н. Сперанского. 2007, том 86. №2, -С. 103-106
3. Повалюк П.П., Вудин А.А., Леарда А.И., Вармарь Г.И. Строкова В.Н., Мантоптин А.И. и др. Основные этапы постнатального развития скелетной мышечной системы с позиции санокреологии// Науч. труды II съезда физиологов СНГ, «Физиология и здоровье человека», Москва-Кишинёв, 2008, с. 241
4. Фурдун В.Г. Стресс, эволюция человека, здоровье и санкреология. //Науч. труды II съезда физиологов СНГ «Физиология и здоровье человека», Москва-Кишинёв, 2008

ХУЛОСА

Ҳолати сихатии кӯдаконе, ки аз шахсони ба таъсири омилҳои осеби рӯҳия мубталогардида таваллуд шудаанд
Ф.М. Абдурахмонова, З.Х. Рофиева

Ба ақидаи муаллифон ихтилолотҳои инкишофи ҷисмонӣ дар кӯдакони гурӯҳи сеюм ва чоруми мушоҳидот, яъне дар кӯдаконе, ки баъди 4 ва 7 соли аз саргузаронидани стресси (ичҳоди) модарон дар манотиқи задухӯрдҳо ба дунё омадаанд, бештар ташхис мешаванд.

Дар ҳамаи чор гурӯҳи назоратӣ давраҳои наводӣ, томақтабӣ ва мактабӣ бештар осебпазир мебошанд.

SUMMARY

THE HEALTH-STATE OF CHILDREN BORN FROM PERSONS INFLUENCED BY PSYCHOTRAUMING FACTORS

F.M. Abdurahmanova, Z.H. Rafieva

In the article was shown that growth-breaking of children born after 4 and 7 years in women received stress at conflict-zones. The most vulnerable ages are periods of newborn, under school and school.

ТЕРАПИЯ

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ВЫСОТ ПРОЖИВАНИЯ

Уроков К.З., Рахмонова Г.Б., Ходжиева, К.З. Уроков

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, реопульмонограмма, высокогорье

Актуальность. Несмотря на совершенствование методов диагностики артериальной гипертонии, наличие широкого спектра антигипертензивных препаратов различного механизма действия, обеспечивающих контроль артериального давления, ГБ не стала исчезающим феноменом, наоборот, её частота растёт с каждым годом (2,3).

У больных гипертонической болезнью (ГБ) II стадии без недостаточности кровообращения при стабильном повышении артериального давления имеют место изменения в миокарде правого желудочка и в сосудах малого круга кровообращения. У них повышается лёгочное артериальное давление, уменьшается кровенаполнение и объём кровотока в лёгких, повышается тонус мелких и средних артерий, лёгочных вен, снижается контрактильная функция миокарда правого желудочка. Заболевание у них развивается на фоне повышенного давления в малом круге кровообращения и гипертрофии правого желудочка, присущего всем жителям больших горных высот, поэтому и представляет интерес (1,4).

Цель исследования: изучение гемодинамики малого круга кровообращения у больных гипертонической болезнью в условиях различных высот проживания.

Материалы и методы исследования. Показатели центральной гемодинамики – ударный (УО) и минутный (МО) объёмы сердца изучали с помощью тетраполярной грудной реографии по модификации Ю.Т. Пушкаря. Реопульмонографию проводили по методу Ю.Т. Пушкаря в модификации А.А. Карабиненко с помощью кольцевых фокусирующих электродов. Рассчитывались: период напряжения (Т), фазы изометрического (Ic) и асинхронного (Ac) сокращения. Периоды общего (Епр.), быстрого (Еб), медленного (Ем), максимального (Емах)