

**ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

© 2015. Ш.Т. Турдыева

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

**Таянч сўзлар:** антропометрия, сурункали гастродуоденал касаллик, мактаб ўқувчилари, ўсмирлар.**Keywords:** anthropometry, chronic gastroduodenal pathology, students, teenagers.**ГАСТРОДУОДЕНАЛ СОХАДА СУРУНКАЛИ ЯЛЛИГЛАНИШИ МАВЖУД МАКТАБ ЁШИДАГИ ҚИЗЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ**

Болаларда ошқозон-ичак тизимидаги сурункали яллиғланишларни олдини олиш, эрта ташхислаш ва даволаш борасидаги ишлар педиатриядан ташқарига чиққан холда, тиббий-ижтимоий муаммога айланиб бормоқда. Сурункали гастродуоденал касаллиги мавжуд бўлган 130 та ва диарли соғлом, соматик касаллиги бўлмаган 55 та мактаб ёшидаги қиз болаларнинг жисмоний ривожланиши таҳлил қилинди. Жисмоний ривожланишини таҳлил этишда қуйидаги антропометрик кўрсаткичлардан фойдаланилди: соматометрия, физиометрия, соматоскопия, тана вазни индекси аниқлаш. СГДК бўлган мактаб ёшидаги қиз болалар соғлом тенгдошларига нисбатан жисмоний ривожланишда орта қолишади, бу яққол ўсмирлик даврида намоён бўлади. Жумладан, назорат гуруҳига нисбатан 20,96 фойиз ўсмир қизлар орасида тана-вазни индексиниги тушуши, 19,4 фойизида ортиши кузатилган.

**PHYSICAL DEVELOPMENT SCHOOL-AGE GIRLS WITH CHRONIC GASTRODUODENAL PATHOLOGY**

Sh.T. Turdieva

Prevention, early diagnosis and treatment of digestive diseases in children in recent years, have moved beyond pediatrics, and is a complex and large medical and social problem. There were examined 130 girls students with chronic gastroduodenal pathology and 55 healthy girls of school age, without systemic diseases. We used the method of individualizing anthropometric studies. For the evaluation of the physical development of the use of child anthropometric indicators: somatometry, fiziometry, somatoscopy and measured body mass index. Studies have shown that with age in girls-students with HGDP, lagging behind in physical development in relation to healthy peers, more clearly marked in adolescence. In particular, at 20.96% of adolescent girls observed a decrease in BMI from 19.4% advance in relation to the control group.

**Актуальность.** Болезни органов пищеварения занимают 2-е место в структуре детской заболеваемости, при этом до 70–90% всей гастроэнтерологической патологии приходится на хронические гастриты и гастродуодениты, выявляемые у каждого третьего ребенка, при этом по сведениям Национального руководства по педиатрии, распространенность хронических гастритов и гастродуоденитов достигает 300–400% [3].

Среди хронических заболеваний пищеварительной системы особое место занимают поражения органов гастродуоденальной зоны, на долю которых приходится 70-75% гастроэнтерологических заболеваний у детей [1,2,6].

В последние годы у детей в 2,5 раза увеличился удельный вес тяжелых форм гастродуоденита и язвенной болезни. Множественные и хронические язвы регистрируются у 40,8% больных с этой патологией, 6,3% из них не поддаются консервативной терапии [4]. Полной обратимости патоморфологических изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки удается достичь только у 18,5% больных детей. У 25 – 30%, несмотря на проведение комплексной терапии, отмечаются рецидивы заболеваний [5].

Таким образом, вопросы профилактики, ранней диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения у детей в последние годы вышли за рамки собственно педиатрии и представляют собой сложную и большую медико-социальную проблему.

**Цель исследования.** Исследование физического развития девочек школьного возраста с хронической гастродуоденальной патологией.

**Материалы и методы исследования.** В общей сложности было обследовано 286 школьников от 6 до 15 лет с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП). Средний возраст обследуемых составил 11,7±2,3 лет. Среди обследуемых: 156 – школьники мужского пола и 130 - женского. Хронический гастродуоденит (ХГД) был диагностирован у 174 (60,84%), хронический гастрит (ХГ) различных форм – 43 (15,03%), хронический дуоденит (ХД) – 22 (7,69%), язвенная болезнь желудка - 8 (2,8%) и язвенная болезнь двенадцатиперстного кишечника (ЯБДПК) у 39 (13,64%) пациентов.

Также 55 практически здоровых детей, соответствующей возрастной категории (от 6 до 15 лет) без соматических заболеваний были взяты в контрольную группу. В зависимости от возраста все обследуемые девочки были разделены на возрастные группы: 1-группа – дети младших школьных

возрастов (от 6 до 9 лет) – n=26, 2-группа – дети средних школьных возрастов (от 9 до 11 лет) – n=42 и 3-группа – подростки (от 11 до 15 лет) - n=62.

Нами был использован индивидуализирующий антропометрический метод исследования, то есть было проведено обследование конкретного ребенка в динамике с последующей оценкой его биологического уровня развития и гармоничности морфо-функционального состояния с использованием соответствующих оценочных таблиц. Для оценивания физического развития использовали определённые антропометрические показатели развития ребёнка. В их число входили показатели: соматометрия - измерение тела (рост, масса тела, окружность груди и др.), физиометрия - измерение функций организма (сила мышц, артериальное кровяное давление, жизненная емкость легких и др.), соматоскопия - оценка строения тела по внешним признакам (форма позвоночника, осанка, половое созревание и др.). Кроме того, определяли индекс массы тела (росто-весовой индекс) – ИМТ, используя для сравнения стандарты ВОЗ (2006) по масса-ростовому индексу.

**Результаты и их обсуждение.** Как отмечается в «Стратегических направлениях по улучшению здоровья и развития детей и подростков» ВОЗ (2007) [2], потребности детей и подростков в отношении здоровья и развития за период от рождения до взрослого состояния изменяются. Чтобы быть эффективными, практические мероприятия общественного здравоохранения должны реагировать на такие изменяющиеся потребности.

При этом, в содержание понятия «физическое развитие» входит совокупность морфологических и функциональных признаков, которые определяют физическую работоспособность человека на определенном этапе его жизни. В процессе индивидуального развития на физическое развитие существенное влияние оказывают условия питания и быта, а также воспитания и обучения [1].

Однако учитывая, что изучение физического развития не должно ограничиваться оценкой тотальных размеров тела, а включать и определение показателей, характеризующих биологический возраст, отражающих темпы индивидуального роста и развития. Существуют различные критерии для его определения, в частности нами, было использовано определение половое развития подростков (определяется по степени развития вторичных половых признаков).

Помимо определения биологического возраста следует оценивать и гармоничность морфофункционального состояния. Для этого нами в первую очередь было необходимо оценить соответствие массы тела его длине, для чего использовали оценочные таблицы-шкалы регрессии массы тела по длине тела. С их помощью выделяли: нормальную массу тела, дефицит или избыток массы тела, низкорослость. При установлении избытка или дефицита массы тела оценивали не только разницу между фактической и нормальной массой тела (по шкалам регрессии для этого возраста, пола и роста), но и тип конституции ребенка, а также степень развития у него мышц и подкожно-жировой клетчатки.

Следует отметить, что для повседневной оценки физического развития детей и подростков в не обязательно использовать весь комплекс антропометрических методик. Достаточно учитывать основные антропометрические показатели: рост, массу тела, окружность груди и индекс массы тела (ИМТ). Данные показатели были нами учтены.

Данные показатели на разных этапах онтогенеза меняются с различной интенсивностью, что свидетельствует о различной интенсивности процессов физиологического развития детей и подростков.

Для определения уровня физического развития основным показателем является ИМТ (индекс массы тела, в некоторых литературных источниках даётся как масса-ростовой индекс – МРИ). ИМТ – представляет собой отношение массы тела в килограммах к длине тела в квадратных метрах. Данный индекс оценивался с учётом стандартных отклонений: -3СО, -2СО, -1СО, 0 (медиана), +1СО, +2СО, +3СО.

Одним из факторов, влияющих на физическое развитие девочек-школьников, является соматические заболевания характерные для данного возраста, в частности заболевания ЖКТ. В ходе исследования наши данные показали, что с возрастом наблюдается увеличение численности школьников с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта. В терминологическом плане следует дифференцировать функциональные нарушения и нарушения функции, два созвучных, но несколько различных понятия, теснейшим образом связанных между собой. Нарушение функции того или иного органа может быть связано с любой причиной, в т.ч. и с органическим его повреждением. Функциональные нарушения, в этом свете, можно рассматривать как частный случай нарушения функции органа, не связанного с органическим его повреждением.

Исключив девочек-школьников с функциональными заболеваниями гастродуоденальной локализации, все больные школьники с ХГДП были объединены в исследовательскую группу.

В ходе второго этапа исследования было выявлено, что у девочек-школьников из первой группы с ХГДП (от 6 до 8 лет), показатели физического развития практически не отличаются от показателей здоровых сверстников. При этом разница в весовых и ростовых показателях по отношению к контрольной группе были незначительными.

Среди девочек-школьников из средней возрастной группы с ХГДП (от 9 до 11 лет) наблюдали некоторую тенденцию к снижению весового показателя к возрасту, на фоне опережения ростового показателя по отношению к контрольной группе. Только у 2 (4,7% из 42) детей определяли ожирение, то есть индекс массы тела составлял более 30 ( $p > 0,05$ ). При этом у 21,4% ( $n=9$ ) детей из этой группы наблюдали опережения ростового показателя по отношению к контрольной группе. У одной школьницы (2,4%) наблюдали отставание в росте по отношению к контрольной группе. У остальных 76,2% ( $n=32$ ), ( $p < 0,05$ ) ростовой показатель соответствовал показателям детей из контрольной группы. При анализе индекса массы тела у 8 (19,1%) девочек-школьников из данной возрастной группы, наблюдали снижение индекса ( $ИМТ < 18,5$ ). У 31 (73,8%) школьников с ХГДП было определено  $ИМТ=20-25$ . Притом, как у 3 девочек-школьников (7,1%)  $ИМТ$  составил 25-29,9.

Среди девочек-подростков отмечали явную тенденцию в различии показателей физического развития по отношению к больным из второй группы и по отношению к контрольной группе. При анализе весового показателя к возрасту отмечали снижение по отношению к контрольной группе в среднем на 31%. В то время у 34 (54,8%) девочек-подростков ростовой показатель к возрасту соответствовало по отношению к контрольной группе. У 17 (27,4%) отмечали опережение в росте и 11 (17,7%) девочек-подростков отмечали отставание ростового показателя к возрасту по отношению к контрольной группе. При анализе индекса массы тела у 13 (20,96%) детей наблюдали снижение показателя ( $ИМТ < 18,5$ ). У 3 (4,8%) девочек-подростков отмечали картину ожирения ( $ИМТ > 30$ ), у 9 (14,62%) подростков показатель  $ИМТ$  составил от 25 до 29,9. Только у 37 (59,7%) девочек-подростков с ХГДП показатель  $ИМТ = 20-25$ .

Исследования показали, что у девочек-школьников в зависимости от формы заболевания ХГДП отмечается ощутимое колебание в показателях физического развития, что более отчетливо выявляется в подростковом возрасте. В частности ожирение и увеличение  $ИМТ$  наблюдали у девочек с язвенными заболеваниями двенадцатиперстного кишечника. У детей с хроническими гастритами и язвенными поражениями желудка отмечали снижение массы тела и соответственно снижение  $ИМТ$ .

**Выводы.** На основании полученных данных можно заключить, что с возрастом у девочек-школьников с ХГДП, наблюдается отставание в физическом развитии по отношению к здоровым сверстникам, что более отчетливо отмечается в подростковом периоде. В частности у 20,96% девочек-подростков наблюдали снижение  $ИМТ$ , у 19,4% опережения по отношению к контрольной группе.

#### Использованная литература:

1. Вмешательства, направленные на обеспечение физического роста и психологического развития. Обзор, 2007 (WHO/CHS/CAH/99.3R);
2. Укрепление действий сектора здравоохранения в ответ на проблемы здоровья и развития подростков. 2009. (WHO/FCH/CAH/10.01 (E,F,R));
3. Ларионова Е.Е. Секретообразующая функция желудка у детей с иммунопатологическими состояниями // Ж.: Меди-Аль.- 2013. - №1(Б). - С. 15–16;
4. Михеев А.Г., Ракитин Б.В., Трифонов М.М. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2014. -28 с.;
5. Ahmad K, Fatemeh F, Mehri N, Maryam S. Probiotics for the treatment of pediatric helicobacter pylori infection: a randomized double blind clinical trial. // Iran J.Pediatr. – 2013.- N23/-p.79–84\$
6. Gisbert J.P., Calvet X. *Helicobacter Pylori* “Test-and-Treat” Strategy for Management of Dyspepsia: A Comprehensive Review // J.: Clin Transl Gastroenterol. -2013.- N4(3).-p.32.