

Banda K, et al: Somatic reversion of germline BRCA2 mutation confers resistance to PARP inhibitor therapy. JCO Precis Oncol <http://doi.org/10.1200/PO.17.00044>

Cheng HH, et al: Polyclonal BRCA2 reversion mutations detected in circulating tumor DNA after platinum chemotherapy in a patient with metastatic prostate cancer. JCO Precis Oncol <https://doi.org/10.1200/PO.17.00169>

Carneiro B, et al: Acquired resistance to the PARP inhibitor olaparib in BRCA2-associated prostate cancer due to biallelic BRCA2 reversion mutations restoring both germline and somatic loss of function mutations. JCO Precis Oncol <http://doi.org/10.1200/PO.17.00176>

Perrin-Vidoz L, Sinilnikova OM, Stoppa-Lyonnet D, et al: The nonsense-mediated mRNA decay pathway triggers degradation of most BRCA1 mRNAs bearing premature termination codons. Hum Mol Genet 11:2805-2814, 2002

Wang Y, Kraus JJ, Bernhardt AJ, et al: RING domain-deficient BRCA1 promotes PARP inhibitor and platinum resistance. J Clin Invest 126:3145-3157, 2016

Edwards SL, Brough R, Lord CJ, et al: Resistance to therapy caused by intragenic deletion in BRCA2. Nature 451:1111-1115, 2008

Quigley D, Alumkal JJ, Wyatt AW, et al: Analysis of circulating cell-free DNA identifies multiclonal heterogeneity of BRCA2 reversion mutations associated with resistance to PARP inhibitors. Cancer Discov 7:999-1005, 2017

Kondrashova O, Nguyen M, Shield-Artin K, et al: Secondary somatic mutations restoring RAD51C and RAD51D associated with acquired resistance to the PARP inhibitor rucaparib in high-grade ovarian carcinoma. Cancer Discov 7:984-998, 2017

Gregory JJ, Jr., Wagner JE, Verlander PC, et al: Somatic mosaicism in Fanconi anemia: Evidence of genotypic reversion in lymphohematopoietic stem cells. Proc Natl Acad Sci USA 98:2532-2537, 2001

Xia B, Dorsman JC, Ameziane N, et al: Fanconi anemia is associated with a defect in the BRCA2 partner PALB2. Nat Genet 39:159-161, 2007

Escribano-Díaz C, Orthwein A, Fradet-Turcotte A, et al: A cell cycle-dependent regulatory circuit composed of 53BP1-RIF1 and BRCA1-CtIP controls DNA repair pathway choice. Mol Cell 49:872-883, 2013

МОНИТОРИНГ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО ГОДА Г. ЕРЕВАНА

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2019.2.69.480](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.2.69.480)

*Арустамян М.А.
ЕГМУ*

Актуальность

Обеспечение охраны здоровья детей является одной из важнейших целей государственной политики в Республике Армения, а принцип профилактической медицины является приоритетом в области детской медицины. Цель профилактической педиатрии - обеспечить гармоничное развитие и достижение оптимального состояния здоровья ребенка. Здоровье будущих поколений определяется состоянием здоровья детского населения. [1].

Физическое развитие детей является одним из ведущих критериев оценки здоровья растущего организма, который является чувствительным индикатором различных внешних факторов окружающей среды [4].

Для каждой детской возрастной группы характерны специфические особенности роста и развития, которые способствуют нормальному течению морфофункционального развития организма на более поздней стадии (если искусственно не ингибировать или не активировать его естественное течение) [2,3].

В первый год жизни (он включает в себя два периода - новорожденности и грудной) решаются задачи подготовки к реализации антигравитационных реакций, первичному овладению микросоциальной средой его существования; формированию предпосылок дальнейшего физического, нервно-психического развития и соматического здоровья. Ребенку до первого года жизни характерны особенности, не

встречающиеся в более старшем возрасте: быстрый темп физического развития, взаимозависимость нервно-психического и физического развития; низкая резистентность к метео- и экологическим условиям, дефектам ухода и вскармливания [3,5]

Материалы и методы

Были обследованы 520 новорожденных, из которых 260 мальчиков.

В соответствии с классификацией Ю.А. Князева (1993) антропометрические данные детей разделили по морфотипу [2]

Нормосомия, при которой масса и длина тела находится в промежутке от 25 до 75 центиля и соответствует среднестатистической норме

Пахисомия – длина тела в пределах 25-75 центилей, масса тела превышает 75 центиля

Лептосомия- длина тела в пределах 25-75 центилей, масса тела менее 25 центиля

Гиперсомия – длина и масса тела превышает 75 центиля

Макросомия –длина тела превышает 75 центиля, масса тела в пределах нормы

Макролептосомия – длина тела превышает 75 центиля, а масса тела менее 25 центиля

Микросомия – длина тела менее 25 центиля, масса в пределах нормы

Микропахисомия – длина тела менее 25 центиля, масса более 75 центиля

Микролептосомия – длина и масса тела находятся ниже нижней границы нормы(менее 25 центиля).

Показатели физического развития обследованных детей сравнивали с их показателями физического развития на момент рождения. Данные о физическом развитии при рождении получены из медицинской документации (ф. 112/у).

Для каждого ребенка определяли гармоничность физического развития. Определение гармоничности проводили на основании тех же результатов центильных оценок.

В случае, если предел разницы 2 показателей не превышал 1, тогда физическое развитие ребенка оценивалось как гармоничное развитие

если эта разница составляла 2- развитие считали дисгармоничным,

а если разница равнялась 3 и более - развитие считали резко дисгармоничным.

Соматотип определяли согласно схеме И.И. Бахраха и Р.И. Дорохова. Принадлежность ребенка к одному из трех соматотипов (микросоматический, мезосоматический,

макросоматический) оценивали по сумме номеров центильных интервалов, полученных для роста, веса и окружности груди.

Если сумма баллов составляет до 9-и, то ребенок относится к микросоматическому типу (физическое развитие ниже среднего);

Если сумма баллов - 10-16, то ребенок мезосоматического типа (физическое развитие среднее),

Если сумма баллов составляет 17 и выше, то ребенок относится к макросоматическому типу (физическое развитие выше среднего).

Антропометрические данные обрабатывались с помощью программного пакета SPSS.

Результаты и обсуждение

Наиболее часто встречались дети «микрелептосомы» (23,9%), «нормосомы» (22,5%), «макрелептосомы» (18,3%) и «гиперсомы» (8,7%).

Для сравнения были взяты данные о весе и росте ребенка из патронажных карт „Развития Ребенка" (диаграмма 1).

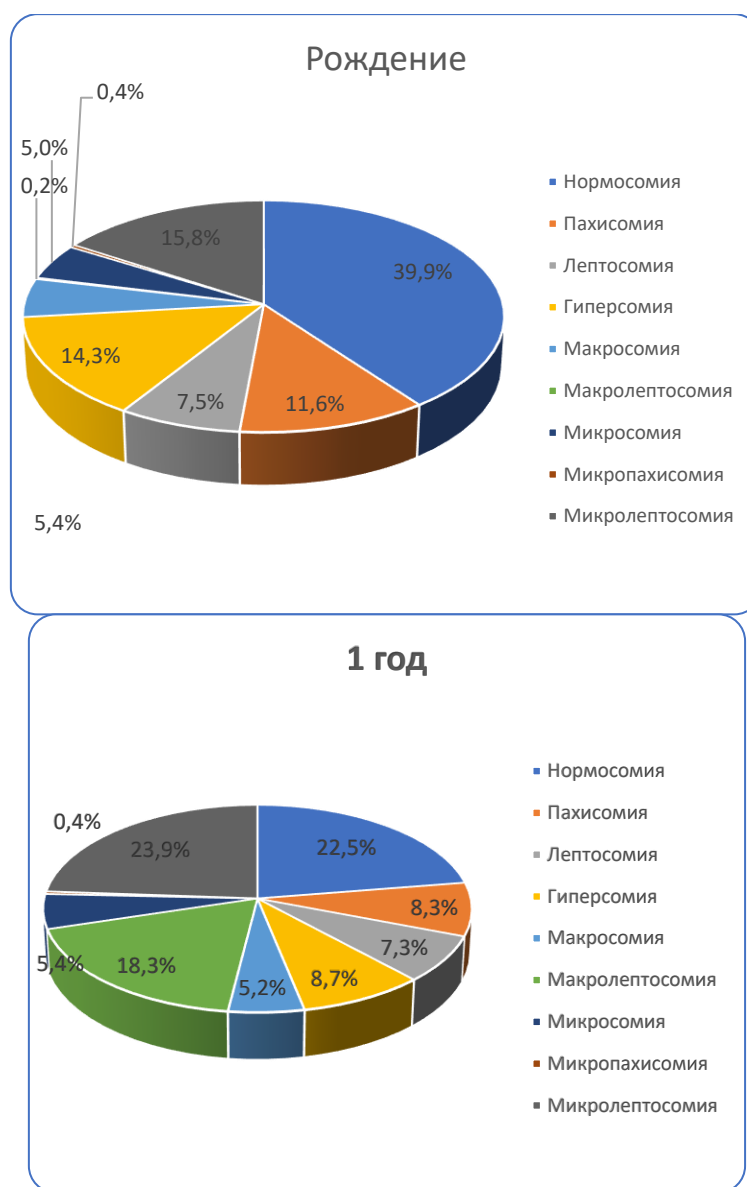


Диаграмма 1: Сравнительная характеристика морфотипов детей при рождении и до года.

Выяснилось, что при рождении 39,9% детей имели нормосоматический тип тела. Показатель снизился в процессе роста и развития ребенка и составил 22,5% у детей в возрасте одного года. Дети с гиперсоматическим типом тела при рождении составили 14,3% и 8,7% - в возрасте одного года.

Удельный вес детей с макросомией практически не изменился: 5,4% при рождении и

5,2% в возрасте одного года. Удельный вес детей макролептосоматического типа при рождении составил 0,2%, а микропахисоматического типа - 0,4%.

Данные по возрастным группам и половому морфотипу были распределены следующим образом (таблица 1):

Таблица 1

Распределение морфотипов обследованных детей в соответствии с полом и возрастом (%)

Возраст	Пол	Морфотипы								
		Микролептосомия	Микросомия	Микропахисомия	Лептосомия	Нормосомия	Пахисомия	Макролептосомия	Макросомия	Гиперсомия
		P<25 B<25	P<25 B=25-75	P<25 B>75	P=25-75 B<25	P=25-75 B=25-75	P=25-75 B>75	P>75 B<25	P>75 B=25-75	P>75 B>75
Новорожденный	Всего	15,8%	5,0%	0,4%	7,5%	39,9%	11,6%	0,2%	5,4%	14,3%
	М	13,0%	2,3%	0,4%	8,4%	36,8%	11,9%	0,0%	5,4%	21,8%
	Д	18,6%	7,8%	0,4%	6,6%	43,0%	11,2%	0,4%	5,4%	6,6%
до 3 мес.	Всего	10,2%	8,7%	1,3%	11,0%	30,4%	11,8%	7,1%	7,7%	11,8%
	М	6,5%	5,0%	1,9%	7,7%	29,1%	13,8%	7,3%	9,2%	19,5%
	Д	14,0%	12,4%	0,8%	14,3%	31,8%	9,7%	7,0%	6,2%	3,9%
3-6 мес.	В	16,6%	13,8%	1,1%	7,7%	26,5%	9,5%	1,1%	9,2%	14,6%
	М	12,6%	9,1%	0,9%	5,2%	25,7%	11,7%	1,3%	10,0%	23,5%
	Д	20,4%	18,3%	1,3%	10,2%	27,2%	7,2%	0,9%	8,5%	6,0%
6-9 мес.	В	14,5%	4,4%	0,4%	8,1%	30,3%	9,2%	16,2%	7,5%	9,4%
	М	13,8%	3,1%	0,4%	5,4%	29,1%	8,8%	19,5%	7,3%	12,6%
	Д	15,1%	5,8%	0,4%	10,9%	31,4%	9,7%	12,8%	7,8%	6,2%
9-12 мес.	В	23,9%	5,4%	0,4%	7,3%	22,5%	8,3%	18,3%	5,2%	8,7%
	М	28,4%	5,0%	0,4%	6,1%	19,2%	6,9%	19,5%	4,6%	10,0%
	Д	19,4%	5,8%	0,4%	8,5%	26,0%	9,7%	17,1%	5,8%	7,4%

Согласно исследованию, удельный вес детей с нормосомией был высок в возрастных группах до 3 месяцев и от 6-9 месяцев, что составляет 30,4% и 30,3% соответственно. По сравнению с данными при рождении (39,9%) показатель был ниже.

Удельный вес детей с гиперсоматическим типом был выше в возрастной группе от 3-6 месяцев. Показатель снизился в динамике и составил 8,7% у детей от 9-12 месяцев. Следует отметить, что во всех возрастных группах удельный вес детей гиперсоматического типа был выше у мальчиков.

Удельный вес детей с макросоматическим типом при рождении составил 5,4%, с возрастом немного увеличился, а затем снизился до 5,2% в возрасте от 9-12 месяцев.

Удельный вес детей с микросоматическим типом был самым высоким в возрастной группе от

3-6 месяцев, составив 13,8%. Этот показатель при рождении составлял 5%.

Наблюдались также и определенные особенности в соответствии с полом ребенка. Так, нормосомный тип развития при рождении составил 43,0% для девочек и 36,8% для мальчиков.

Удельный вес детей с нормосомией снижался по мере роста и развития. У мальчиков в возрастной группе до 3 месяцев показатель составил 29,1%, в возрастной группе от 3-6 месяцев - 25,7%, в возрастной группе от 6-9 месяцев - 29,1%, а в возрастной группе от 9-12 месяцев - 19,2%. Во всех возрастных группах показатель удельного веса детей с нормосомией был выше у девочек.

Если при рождении удельный вес мальчиков с гиперсоматическим морфотипом составлял 21,8%, то до 3 месяцев - 19,5%, от 3-6 месяцев - 23,5%, от 6-9 месяцев - 12,6% и от 9-12 месяцев - 10,0%.

Девочки с гипертонией составили 6,6%. С возрастом показатель изменился: до 3 месяцев - 3,9%, от 3–6 месяцев - 6,0%, от 6–9 месяцев - 6,2% и от 9–12 месяцев - 7,4%.

При рождении удельный вес мальчиков с макросомией составил 5,4%, - до 3 месяцев-9,2%, от 3-6 месяцев-10,0%, от 6-9 месяцев -7,3% и от 9-12 месяцев -4,6%.

При рождении удельный вес девочек с макросомией составил 5,4%. С возрастом показатель изменился: до 3 месяцев - 6,2%, от 3-6 месяцев - 8,5%, от 6-9 месяцев - 7,8% и от 9-12 месяцев - 10,0%.

Информативным показателем физического развития является гармоничность (диаграмма 2).

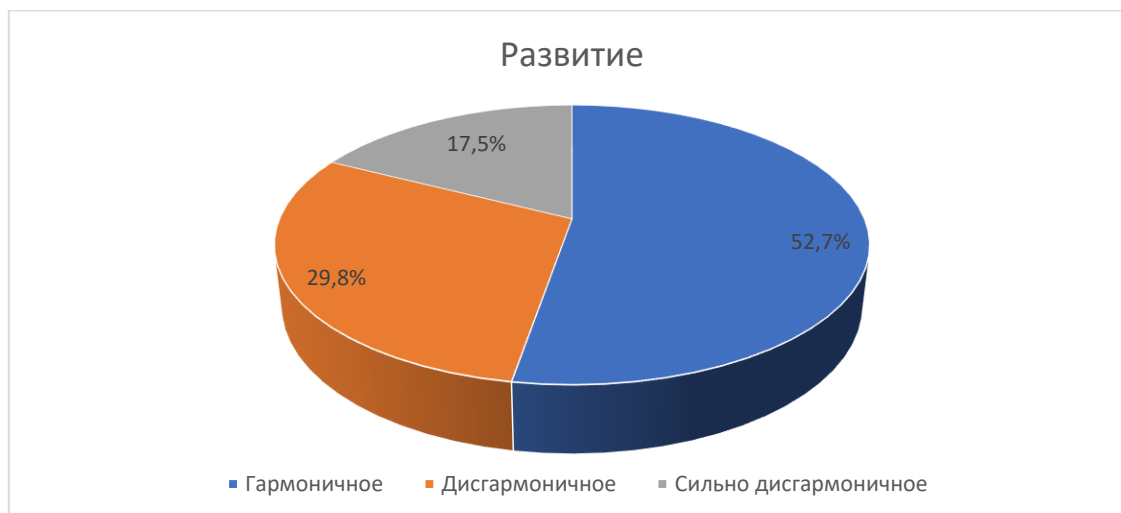


Диаграмма 2. Распределение обследованных детей в соответствии с гармоничным физическим развитием

Удельный вес гармонично развивающихся детей составил 52,7%, а у детей с дисгармонией - 47,3%.

Изменение показателя гармоничности с возрастом представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение показателя гармоничности в соответствии с полом и возрастом (%)

Гармоничность развития	новорожденные			до 3 мес.			От 3 -6 мес.			От 6 -9 мес.			От 9-12 мес.		
	М	Д	В	М	Д	В	М	Д	В	М	Д	В	М	Д	В
Гармоничное	70,0	71,6	68,2	52,4	55,1	49,7	57,7	61,8	53,6	54,2	55,5	52,6	55,1	57,5	52,7
Дисгармоничное	29,4	28,0	31,0	39,2	35,7	42,5	40,1	36,0	44,2	29,2	24,6	34,2	26,2	22,6	29,8
Резко дисгармоничное	0,6	0,4	0,8	8,4	9,2	7,8	2,2	2,2	2,2	16,6	19,9	13,2	18,7	19,9	17,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Удельный вес гармонично развивающихся детей до 3 месяцев составил 49,7%, а удельный вес дисгармонично развивающихся детей - 42,5%.

Удельный вес гармонично развивающихся детей от 3 до 6 месяцев составил 53,6%, что на 9,4% выше по сравнению с дисгармонично развивающимися детьми.

Удельный вес гармонично развивающихся детей от 6-9 месяцев составил 52,6%, что в 1,5 раза выше, чем у дисгармонично развивающихся детей.

Удельный вес гармонично развивающихся детей от 9-12 месяцев составил 52,7%, что в 1,8 раза выше, чем у дисгармонично развивающихся детей.

В то же время наблюдалось увеличение удельного веса у резко дисгармонично

развивающихся детей: если при рождении удельный вес составлял всего 0,8% , то в возрастной группе от 9–12 месяцев -17,5%.

Удельный вес гармонично развивающихся мальчиков составил 55,1%, а девочек - 57,5%.

Соматотип определяли у детей с гармоничным физическим развитием. Это дает типовую характеристику роста:

- 1) микросоматический - замедленное
- 2) Макросоматическое - ускоренное
- 3) Мезосоматическое - средний темп роста.

У детей от 9–12 месяцев средняя скорость роста составляла 49,2%, у детей с быстрым темпом роста - 14,0%, а у детей с медленным темпом роста - 36,7% (таблица 3).

Таблица 3

Распределение соматотипов детей с гармоничным развитием в зависимости от пола и возраста (%)

Соматотип												
	до 3 мес			От 3 -6 мес			От 6 -9 мес			От 9-12 мес.		
	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего
Микросоматотип	19,5	11,8	28,2	28,8	20,4	38,1	26,8	24,9	28,7	43,4	49,3	36,7
Мезосоматотип	58,0	52,8	64,0	45,9	41,6	50,7	55,9	52,4	59,6	40,8	33,3	49,2
Макросоматотип	22,5	35,4	7,8	25,3	38,0	11,2	17,3	22,7	11,8	15,8	17,4	14,0
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Таким образом, морфотипы, гармоничное развития и соматотипы у детей в зависимости от пола и возрастной группы имеют свои особенности.

Выводы

Распределение морфотипов в зависимости от пола и возраста у детей до года имело некоторые особенности. У детей в возрасте одного года показатели нормосомии и гиперсомии были ниже по сравнению с рождением. При рождении удельный вес детей с гармоничным развитием составил 52,7%, а детей с дисгармоничным развитием - 47,3%. С возрастом гармоничность изменилась, в частности, удельный вес гармонично развивающихся детей снизился, а удельный вес детей с резко дисгармоничным развитием увеличился.

Список литературы

Баранов А.А., Ямпольская Ю.А. Особенности физического развития подростков // Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 159–169.

Зрячкин Н.И., Елизарова Т.В. Физическое развитие как критерий оценки рационального вскармливания детей // Медицинский журнал Западного Казахстана. 2015. №3 (47). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fizicheskoe-razvitiye-kak-kriteriy-otsenki-ratsionalnogo-vskarmlivaniya-detej>

Ямпольская Ю.А. Региональное разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков // Педиатрия. 2005. № 6. С. 73–76. 6.

Чернышов В.Н., Вошинская Н.В. Физическое развитие здоровых детей первых шести лет жизни // Валеология. 2002. № 1. С. 16–22.

M.B. von Bonsdorff et al. Birth size and childhood growth as determinants of physical functioning in older age: the Helsinki birth cohort study/. Am. J. Epidemiol, 2011, № 174 (12), P. 1336–1344

Dorner, J. Ten ontogenetic theses for promotion of health and primary prevention of important diseases by a prenatal and early postnatal neuroendocrine-immune prophylaxis/J. Dorner//Neuro Endocrinol Lett, 2000. № 21 (4), P. 265–267

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВАРНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2014-2018 ГГ.

Коларова М1

Моноу Д 2

- 1. Медицинский университет - Варна, кафедра гигиены и эпидемиологии*
- 2. Медицинский колледж - Медицинский университет - Варна, Сектор подготовки «Инспектор общественного здравоохранения и социальной деятельности»*

ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INTESTINAL INFECTIOUS DISEASES IN VARNA REGION FOR THE PERIOD 2014-2018.

Kolarova M1

Monov D 2

- 1. Medical University - Varna, Department of Hygiene and Epidemiology*
- 2. Medical College - University of Medicine - Varna, Training Sector "Inspector of Public Health and Social Activities"*

РЕЗЮМЕ

Кишечные инфекции, вызванные различными типами микроорганизмов / бактерии, вирусы, паразиты, с высокой степенью приспособляемости к изменяющейся окружающей и социальной среде / загрязняют пищу, воду. различные элементы внешней среды - рука, предметы быта. Проглатывание патогенных микроорганизмов может вызвать много различных инфекций. Они могут быть ограничены желудочно-кишечный тракт или распространение на другие части тела

Цель и задачи: Изучить инфекционные заболевания кишечника в Варненской области на 2014–2018 гг., Сопоставить с разбивкой по стране и удельный вес отдельных нозологических единиц в структуре этого заболевания.