

4. Суворова, А. В. Динамика показателей состояния здоровья детей и подростков Санкт-Петербурга за 20-летний период / А. В. Суворова, И. Ш. Якубова, Т. С. Чернякина // Гигиена и санитария. – 2017. – Т. 96. – № 4. – С. 332–338.

Сугрובה, Г. А. Состояние здоровья и некоторые показатели режима дня детей дошкольного возраста как предикторы готовности к школьному обучению / Г. А. Сугрובה, Ю. Н. Комкова // Гигиена и санитария. – 2021. – Т. 100. – № 4. – С. 380–386.

УДК [616.98:578.834.1]-06:616.34-008.314.4-053.36/4

Л. В. Кривицкая
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Введение

Основными симптомами Covid-19 у детей наиболее часто являются лихорадка и катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Отмечается непродуктивный кашель, заложенность носа, боль в горле. В ряде случаев возможно появление признаков интоксикации (миалгия, тошнота, слабость, потеря аппетита) [1, 2].

У некоторых пациентов наблюдаются симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта — диарея, рвота, боль в животе. Механизм формирования желудочно-кишечных проявлений может быть различным. Возможно как непосредственное действие возбудителя на клетки желудочно-кишечного тракта с их прямым повреждением и последующим апоптозом, так и косвенное — через нарушение кровотока или нервной регуляции. По данным исследований диарея у детей с Covid-19 наблюдается значительно чаще, чем у взрослых, особенно у детей раннего возраста, и в ряде случаев может появиться раньше, чем лихорадка и респираторные симптомы [3, 4].

РНК SARS Co V-2 выявляется в кале, начиная с 5-го дня заболевания. Особую настороженность вызывает тот факт, что у ряда пациентов РНК в стуле определялась даже после получения отрицательных результатов из верхних дыхательных путей.

В связи с этим, изучение механизмов фекально-оральной передачи коронавирусной инфекции и особенностей желудочно-кишечной ее симптоматики является важным в плане поиска новых путей предупреждения распространения этой инфекции [2, 3, 4].

Цель

Проанализировать степень выраженности и частоту основных клинических синдромов у детей раннего возраста с инфекцией Covid-19, протекавшей с диарейным синдромом.

Установить преобладающий патологический синдром, характер сопутствующей патологии, оценить выраженность нарушения некоторых лабораторных показателей.

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 63 карт стационарного пациента детей в возрасте до 3-х лет с коронавирусной инфекцией, которые находились на лечении в ин-

фекционном отделении № 1 ГОДКБ с декабря 2021 по февраль 2022 гг. Диагноз коронавирусной инфекции был подтвержден методом определения РНК Covid-19 в назофарингеальном мазке (метод ПЦР). Всем детям был проведен общий анализ крови и мочи, бактериологическое исследование кала. При наличии тяжелого состояния пациентов проводилось биохимическое исследование анализа крови. Создана электронная база данных. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 10.0» Результаты выражены в виде М (25; 75)%.

ПЦР диагностика также была проведена у матерей, поступивших по уходу за детьми. У 46 (73 %) из них был выявлен положительный тест на Covid-19, что позволяет предположить их ведущую роль в инфицировании детей.

После верификации диагноза коронавирусной инфекции 21 (31,8 %) ребенок в связи с тяжестью состояния был переведен в ГОИКБ, остальные выписаны под наблюдение участкового педиатра.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен ретроспективный анализ 63 медицинских карт пациентов детей в возрасте 3-х лет, поступивших в стационар с диарейным синдромом, у которых в последующем был подтвержден диагноз коронавирусной инфекции. Из них дети первого года жизни составили 25,4 % (16 пациентов), в возрасте от 1 до 3-х лет — 74,6 % (47 детей).

Подавляющее большинство детей 1-го года жизни поступило в стационар в первые 3 дня заболевания — 11 детей (68,7 %). У большинства детей 1-ого года жизни заболевание протекало в среднетяжелой форме (10 детей, 66,6 %), у 6 (33,4 %) пациентов поступивших в тяжелом состоянии, тяжесть состояния была обусловлена интоксикационным синдромом и лихорадкой. Повышение температуры тела до субфебрильных цифр отмечалось у половины детей 1-го года жизни, у остальных колебалась в пределах от 38 до 39,2 °С, в последующем присоединился жидкий стул. Диарея, в основном, носила водянистый характер, соответствующий вирусным диарейам. У 11 (68,7 %) пациентов заболевание начиналось с катарального синдрома в виде насморка, заложенности носа, редкого сухого кашля. В остальных случаях преобладал диарейный синдром. Рвота в начале заболеваний отмечалась у 5 (31,3 %) пациентов.

Частота стула колебалась от 4 до 12 раз и не приводила к развитию дегидратации. Так умеренный диарейный синдром с частотой стула и до 5 раз в сутки был отмечен у 10 (66,6 %) детей. Энтеритический характер стула отмечался у большинства детей. Так у 7 (43,8 %) пациентов отмечались проявления гастроэнтерита (25,0 %), у 5 (31,3 %) — энтерита, лишь у 4 детей были выявлены клинические проявления энтероколита с наличием воспалительных изменений в копрограмме.

При бактериологическом исследовании кала у 5 (31,3 %) пациентов отмечался умеренный рост условно-патогенной флоры, не превышающей 10^3 КОЕ (золотистой стафилококк, клебсиелла, протей).

Тяжесть состояния детей в ряде случаев усугублялась наличием сопутствующей патологии. Так у 2 (12,5 %) отмечались проявления рахита, у 5 (41,3 %) — был снижен уровень гемоглобина от 92 до 104 г/л, у 2 детей ранее были диагностированы неврологические нарушения в виде синдрома двигательных нарушений и гидроцефального синдрома.

Характер изменений в периферическом анализе крови отмечался разнообразием и не имел специфических изменений. Так у 51 (31,3 %) пациентов был выявлен лейкоцитоз в пределах от $9,0 \times 10^9$ /л до $15,6 \times 10^9$ /л, у 3 (18,7 %) — лейкопения менее $4,0 \times 10^9$ /л, у 4 (25 %) детей отмечалась относительная лимфопения. Ускорение СОЭ в пределах от

15 до 27 мм/час было выявлено в 6 (33,4 %) случаях. В биохимическом анализе крови у 5 (33,4 %) отмечалось повышение СРБ от 10 до 39 мг/л.

Как известно, особенности нового штамма «омикрон» характеризуются более легким течением, сходным с обычной ОРВИ. Так же были отмечены более легкие проявления болезни у детей старшей возрастной группы.

Анализируя группу детей в возрасте от 1 до 3-х лет (47 пациентов), было отмечено, что большинство детей (78,5 %) поступили в стационар в более поздние сроки заболевания — от 3-х до 5 дней. Лишь 9 (19,1 %) детей поступили в стационар в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена в первую очередь интоксикационным синдромом, а также лихорадкой и диареей. Фебрильная лихорадка отмечалась у 19 (40,4 %) детей, причем у одного из них развились фебрильные судороги.

Катаральный синдром в виде заложенности носа, насморка, кашля развивался реже, чем в младшей возрастной группе — у 13 (27,7 %) пациентов.

Диспепсический синдром в виде тошноты, рвоты, снижение аппетита отмечался у всех детей. Диарейный синдром в данной группе детей был менее выражен. Так частота стула от 5 до 10 раз в сутки была выявлена лишь у 8 (17,1 %) пациентов, однако у одного из них развилась дегидратация 1 степени. У остальных детей (39; 82,9 %) частота стула не превышала 5 раз в сутки. У подавляющего большинства детей стул носит энтеритический характер. В связи с этим локальные формы данной патологии в этой группе детей проявились в основном в виде гастрита и гастроэнтерита — 41 пациент (97,3 %); в 4 случаях (8,5 %) был диагностирован энтерит, в 2-х (4,2 %) — энтероколит.

Условно-патогенная флора при бактериологическом исследовании кала (клебсиелла, протей) отмечалась в единичных случаях (5 детей).

Из сопутствующей патологии, которая могла влиять на характер течения основного заболевания, наиболее часто отмечалась полифакторная анемия легкой степени тяжести — у 6 (12,7 %) детей; у 2 (4,25 %) детей была бронхиальная астма, в единичных случаях отмечались такие заболевания как инфекция мочевыводящих путей, врожденный порок сердца, гастроэзофагеальный рефлюкс. У 2 детей на фоне заболевания развился реактивный артрит.

Характерные изменения в общем анализе крови, свойственные вирусной инфекции, (лейкопения, лимфоцитоз) отмечались лишь у 3 (6,4 %) пациентов. В значительном числе случаев (32 ребенка, 68,1 %) наблюдалось повышение числа лейкоцитов выше $9 \times 10^9/л$, у 12 (25,5 %) — сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Ускорение СОЭ выше 15 мм/час отмечалось у 15 детей (31,9 %). Повышение уровня СРБ было выявлено у 6 (12,8 %) детей, так же у одного из них был умеренно повышен уровень трансаминаз (АЛТ, АСТ).

Выводы

Таким образом, диарейный синдром у детей с Covid-19 наблюдается достаточно часто наряду с поражением дыхательных путей и интоксикацией. Несмотря на то, что дети, как правило, подвержены более низкому риску инфицирования и заболевания протекают у них в более легкой форме, необходимо обращать внимание на различные клинические формы проявления этого заболевания у детей и механизмы передачи этой инфекции.

Тропизм SARS-CoV-2 К ЖКТ, развитие симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, а также выявление РНК SARS CoV-2 в стуле имеют важное значение для лечения пациентов и борьбы с инфекцией, возможно, для дополнительных мер предосторожности при госпитализации таких пациентов.

До сих пор остаются неизученными механизмы репликации коронавируса в ЖКТ, а также связи желудочно-кишечных симптомов с вероятностью развития различных осложнений Covid-19.

В связи с этим остается необходимость дальнейшего изучения механизмов фекально-орального пути передачи инфекции, особенностей поражения желудочно-кишечного тракта у детей с коронавирусной инфекцией, оценки прогноза и вероятности ее осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванов, Д. О. Коронавирусная инфекция / Д. О. Иванов, Т. М. Чернова, Е. Б. Павлова // Педиатр. – 2020. – № 11 (3). – С. 109–117.
2. Особенности новой коронавирусной инфекции у детей разного возраста / М. А. Шакмаева [и др.] // Детские инфекции. – 2021. – № 20 (2). – С. 5–9.
3. Нарушения функции желудочно-кишечного тракта при COVID-19 у детей / Р. В. Попова [и др.] // Проблемы особо опасных инфекций. – Саратов, 2020. – № 3. – С. 154–157.
4. Новая коронавирусная инфекция (Covid-19) и система органов пищеварения / В. Т. Ивашков [и др.]. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – М., 2020. – Т. 30 (2). – № 3: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-3-7>.

УДК 616.761:[612.821:616.8]-06-053.5

О. В. Ларионова¹, Л. В. Дравица¹, О. П. Садовская¹, И. А. Глушнев²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

СЛОЖНЫЕ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕНСОМОТОРНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОРТОФОРИЕЙ И ГЕТЕРОТРОПИЕЙ ПОСЛЕ КУРСА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Введение

Косоглазие, обуславливая снижение остроты зрения и других зрительных функций, неизбежно становится причиной возникновения зрительной депривации. Понимая депривацию как состояние недостаточного удовлетворения определенной потребности, зрительную депривацию современная наука определяет как состояние недостаточного удовлетворения зрительной потребности. Современными научными исследованиями доказано отрицательное влияние депривации, в том числе и зрительной на состояние корковых отделов головного мозга [1, 2].

Детей с гетеротропией, наряду с низким уровнем сформированности, характеризует наличие низкого уровня оперирования сенсорными эталонами, зрительными образами и представлениями, что неизбежно приводит к появлению вторичных отклонений в зрительном восприятии предметов окружающего мира. Перечисленные особенности зрительного восприятия детей с косоглазием проявляются в некоторой фрагментарности, искаженности, нечеткости узнавания, замедленности, в появлении трудностей в воспри-