

болезненное мочеиспускание (20,4 %), энурез — 16,6 %; у мальчиков — учащенное и болезненное мочеиспускание (40 %), боли в животе и поясничной области (30 %), изменение цвета мочи (20 %). Асимптоматическая бактериурия выявлена у 20 % мальчиков и 30,3 % девочек.

Воспалительный процесс в виде значительной лейкоцитурii при поступлении (10 и более) проявился в 52,5 %, в остальных случаях дети поступали в стадии частичной клинико-лабораторной ремиссии. Нормализация общего анализа мочи у детей с лейкоцитурией в среднем происходила на 6 день. С-реактивный белок был положительным у 14 (15,6 %) из 90 детей и варьировал от 6 до 48 (в среднем $15 \pm 0,93$) мг/л. Изменения при проведении ультразвукового исследования почек или мочевого пузыря были выявлены у 33 (35,5 %) из 93 обследуемых пациентов.

Положительные результаты посевов мочи на микрофлору были выявлены у 24 детей (22,9 %). *E. coli* была наиболее частым изолированным патогеном (50 %). Наибольшая чувствительность у данного микроорганизма проявилась к цефалоспорином (ЦС) III и IV поколения, фторхинолонам III поколения, амикацину. В структуре уропатогенов также фигурировали: *Pseudomonas aeruginosa*, грибы рода *Candida*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis* — по 2 (8,3 %) случая и *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus epidermidis* — по 1 (4,16 %) случаю. Перечисленные микроорганизмы проявляли наибольшую чувствительность в отношении ЦС III и IV поколения, нитрофуранов, аминогликозидов, карбопенемов.

Выводы

ИМС достоверно чаще диагностируется у девочек и встречается чаще в младшем школьном возрасте. Клиническая картина ИМС наиболее часто была представлена болевым синдромом (боли в животе и поясничной области), дизурическим (болезненное и учащенное мочеиспускание, энурез) и мочевым синдромом (изменение цвета мочи). Особую настороженность вызывает асимптоматическая бактериурия, диагностируемая у 1/3 детей с ИМС. Наиболее распространенным этиологическим уропатогеном ИМП у детей является грамотрицательная флора (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*). Для эмпирического лечения ИМП рекомендовано использовать ЦС III поколения и аминогликозиды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козловский, А. А. Инфекция мочевой системы у детей: современный взгляд на проблему / А. А. Козловский // Медицинские новости. — 2014. — № 4. — С. 6–11.
2. Петросян, Э. К. Лечение и профилактика рецидивирующей инфекции мочевых путей у детей / Э. К. Петросян, В. А. Гаврилова, А. Ю. Резников // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2010. — Т. 55, № 1. — С. 44–52.

УДК 616.33/34-002.44-053.2/6

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Климович Е.Ю., Кудрявец М.А.

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Актуальность проблемы язвенной болезни (ЯБ) у детей и подростков обусловлена омоложением, латентным и рецидивирующим течением заболевания. ЯБ — широко

распространенное (1 случай на 600 детей) полиэтиологическое хроническое заболевание. Наряду с язвенной болезнью как самостоятельной нозологической формой в настоящее время принято выделять вторичные, симптоматические и гастродуоденальные язвы, возникающие при воздействии известного этиологического фактора — стресса, нарушения местного и регионарного кровообращения, приема нестероидных противовоспалительных средств и др. На современном этапе развития гастроэнтерологии продолжается интенсивный поиск этиологических причин возникновения и рецидивирования хронической гастродуоденальной патологии. У детей, в отличие от взрослых, инфицирование *Helicobacter pylori* (Hр) намного реже сопровождается изъязвлением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным крупного европейского многоцентрового исследования ЯБ была диагностирована менее чем у 5 % детей до 12 лет и у 10 % подростков с Hр-инфекцией.

Цель

Изучить особенности течения гастродуоденальных язв у детей и подростков.

Материал и методы исследования

Проведен анализ «Медицинских карт стационарного пациента» (форма № 003/у-07) педиатрического отделения № 4 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» за август – декабрь 2018 г. Учитывались результаты клинико-анамнестического, эндоскопического и морфологического исследований пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (по МКБ-10: язва (эрозия острая) желудка — K25; язва (эрозия острая) двенадцатиперстной кишки — K26).

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемая группа — 27 детей и подростков: 20 (74,1 %) мальчиков и 7 (25,9 %) девочек. Возраст пациентов от 5 до 17 лет: 5–10 лет — 2 (7,4 %), 12–14 лет — 15 (55,6 %), 15–17 лет — 10 (37 %) человек. Проживают в г. Гомеле 16 (59,3 %) человек, 11 (40,7 %) — в Гомельской области.

Отягощенный по язвенной болезни наследственный анамнез выявлен у 12 (44,4 %) детей: 10 (83,3 %) мальчиков и 2 (16,7 %) девочки. По линии матери — у 4 (33,3 %) мальчиков; по линии отца — у 8 (66,7 %) детей (6 мальчиков и 2 девочки).

В клинике гастродуоденальных язв болевой абдоминальный синдром имел место у 23 (85,2 %) пациентов исследуемой группы. Диспепсический синдром: тошнота — у 3 (11,1 %), изжога — у 2 (7,4 %), повышенное газообразование — у 1 (3,7 %), рвота с примесью крови — у 3 (11,1 %), кал черного цвета — у 1 (3,7 %) человека. Вегетативные нарушения (слабость и головокружение) — у 1 (3,7 %) ребенка.

По данным эндоскопии язвы двенадцатиперстной кишки диагностированы у 23 (85,2 %) пациентов (18 мальчиков и 5 девочек), язвы желудка — у 3 (11,1 %) детей (2 мальчика и 1 девочка), двойной локализации — у 1 (3,7 %) девочки. Впервые выявлены язвы луковицы двенадцатиперстной кишки у 4 (14,8 %) пациентов (по передней стенке, размером от 0,2 до 0,7 см). Осложненная кровотечением язва луковицы двенадцатиперстной кишки имела место у 3 (11,1 %) детей (у 2 мальчиков при данной госпитализации, у 1 девочки по анамнезу — в 2017 г.). Постъязвенные рубцы, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки описаны у 9 (33,3 %) детей. Эндоскопические признаки гастрита — у 9 (33,3%), гастродуоденита — у 7 (25,9 %) детей. Нарушение моторики верхних отделов ЖКТ диагностировано у всех пациентов исследуемой группы: ГЭР — у 23 (85,2 %) детей (в том числе — у 5 ГЭР с эрозивным эзофагитом), ДГР — у 4 (14,8 %).

Биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки выполнена 24 пациентам: у 4 (16,7 %) — слизистая нормального гистологического строения, у 17 (70,8 %) верифицирован хронический гастрит, у 3 (12,5 %) — хронический дуоденит. По результатам морфологического исследования антральный га-

стрит слабовыраженный — у 15 (75 %) обследованных, умеренно выраженный — у 4 (20 %), резко выраженный — у 1 (5 %). По степени активности гастрита: неактивный — у 15 (75 %); низкой степени — у 4 (20 %), высокой степени — у 1 (5 %). Обследование на Нр (гистологический метод) проведено у 24 пациентов: результат отрицательный у 15 (62,5 %) детей, легкая степень обсеменённости — Нр (+) у 6 (25 %), средняя — Нр (++) — у 3 (12,5 %).

Проведена оценка физического развития детей и подростков исследуемой группы по центильным таблицам. Физическое развитие очень низкое у 1 (3,7 %) девочки, ниже среднего — у 5 (18,5 %), среднее — у 5 (18,5 %), выше среднего — у 7 (26 %) детей, высокое — у 5 (18,5 %) мальчиков, очень высокое — у 1 (3,7 %) мальчика, резко дисгармоничное — у 3 (11,1 %) мальчиков (преобладание массы тела над ростом — у 2, роста над массой тела — у 1). Физическое развитие гармоничное у 11 (40,7 %) детей, дисгармоничное — у 16 (59,3 %), в 3 раза чаще выявляется у мальчиков.

Выводы

Гастродуоденальные язвы чаще диагностируются у городских мальчиков среднего и старшего школьного возраста, физическое развитие которых выше среднего, высокое, дисгармоничное. Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки выявлены у преобладающего большинства пациентов исследуемой группы (у мальчиков встречаются в 3,6 раза чаще чем у девочек); около 10 % случаев — осложненные кровотечением. У обследованных детей и подростков преобладает антральный гастрит слабовыраженный, неактивный, Нр (–).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Майданник, В. Г.* Болезни органов пищеварения у детей / В. Г. Майданник. — Киев: СП «Интертехнодрук», 2010. — 1157 с.
2. *Детские болезни: практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко.* — Минск: ФУАинформ, 2013. — 896 с.

УДК 616.61-055.15(476.2)

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Ковшер А. Ф., Якутович В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Мочевыделительная система проходит длинный путь развития, в процессе которого наблюдается не усложнение системы, а смена генераций: пронефрос – мезонефрос – метанефрос. Сложность формирования мочевыделительной системы приводит к различным порокам развития: аномалиям количества почек (отсутствие, одна, три почки), положения (тазовая, подвздошная локализация), взаимоотношения (эктопия мочеточника в кишечник, в органы половой системы), структуры (поликистоз) и т. д. [1].

В последние годы установлено, что у недоношенного новорожденного, родившегося с экстремально низкой массой тела на 24-й неделе гестации, имеется только по 200 тыс. нефронов в каждой почке, и увеличения их количества после рождения не происходит. Это существенно повышает риск развития хронической болезни почек в более молодом возрасте [2].

Воздействие на детский организм различных эндо- и экзогенных факторов риска развития заболеваний мочевыделительной системы также способствует росту данной патологии [3, 4].