

(66,7 %) пациенток группы контроля. Достоверно более низкий уровень 25(ОН)D обнаружен в сыворотке крови женщин основной группы, по сравнению с контрольной ( $16,33 \pm 1,22$  нг/мл и  $20,54 \pm 1,67$  нг/мл соответственно;  $p = 0,048$ ).

### **Выводы**

Установлена крайне низкая обеспеченность витамином D новорожденных и женщин фертильного возраста основной и контрольной групп.

Удовлетворительная обеспеченность витамином D выявлена у 1 (3,6 %) женщины основной и 2 (11,1 %) женщин контрольной группы.

Наиболее уязвимой группой по формированию тяжелого дефицита витамина D являются новорожденные (35,7 %) и их матери (14,3 %).

Выявленные особенности диктуют необходимость обязательной саплементации рациона препаратами витамина D женщинам фертильного возраста (после лабораторного определения концентрации 25(ОН)D).

Ввиду низкой обеспеченности витамином D новорожденных детей и высокой частоты (35,7 %) его тяжелого дефицита целесообразно определение уровня 25(ОН)D в сыворотке крови в родильном доме с последующей его коррекцией для профилактики «классических» (рахит) и «неклассических» эффектов витамина D.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Торшин, И. Ю. Витамин D — смена парадигмы [Электронное издание] / И. Ю. Торшин, О. А. Громова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 576 с.
2. Hossein-nezhad, A. Vitamin D for Health: A Global Perspective / A. Hossein-nezhad, M. F. Holick // Mayo Foundation for Medical Education and Research. — Mayo Clin. Proc., 2013. — № 88(7). — P. 720–755.
3. Витамин D у новорожденных и недоношенных детей / М. В. Нароган [и др.] // Неонатология: новости, мнения, обучение. — 2018. — Т. 6, № 3. — С. 134–138.
4. Dawodu, A. Maternal vitamin D status: effect on milk vitamin D content and vitamin D status of breastfeeding infants / A. Dawodu, R. C. Tsang // Adv. Nutr. — 2012. — Vol. 3, № 3. — P. 353–361.
5. Обеспеченность населения города Гомеля витамином D / А. А. Козловский [и др.] // Медицинские новости. — 2017. — № 11. — С. 70–74.

**УДК 616.33-002.44-053.2**

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Лозовик С. К.*

**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 [1].

Для нашей страны также характерна тенденция к увеличению частоты ЯБ в детском возрасте. Так, за последние 20 лет это заболевание стало встречаться в 2,5 раза чаще. При этом следует отметить, что увеличение частоты ЯБ у детей большинство ученых связывает с широким распространением и внедрением в педиатрическую практику ФГДС, существенно повысившую выявляемость патологии. За последние 10 лет отмечается некоторая стабилизация эпидемиологических показателей ЯБ у детей. ЯБ в 7 раз чаще встречается у школьников, чем у дошкольников, и в 2 раза чаще у городских детей, чем у сельских. В структуре ЯБ у детей преобладают язвы двенадцатиперстной кишки (86,75 %), значительно реже — язвы желудка (13 %), еще реже диагностируются сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (0,25 %) [2].

Многочисленными исследованиями, проведенными в последнее время, установлено, что усиление эндогенных факторов агрессии и ослабление резистентных механизмов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки обусловлено заселением их спиралевидными бактериями *Helicobacter pylori* (Hр). Основной морфологический субстрат ЯБ в фазе обострения — язвенный дефект слизистой оболочки и сопряженный с ним активный гастрит/дуоденит, а в фазу ремиссии — постъязвенный рубец измененной слизистой оболочки и неактивный хронический дуоденит [3].

#### **Цель**

Провести сравнительный анализ течения ЯБ в равновеликих группах детей и подростков за различные временные периоды.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ «Медицинских карт стационарного пациента» (форма № 003/у-07) педиатрических отделений учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница»: № 1 за 2015–2016 гг., № 4 (гастроэнтерологического профиля) за август – декабрь 2018 г. Учитывались результаты клинико-anamnestического, эндоскопического и морфологического исследований пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (по МКБ-10: язва (эрозия острая) желудка — К25; язва (эрозия острая) двенадцатиперстной кишки — К26). Сформированы 2 группы по 27 пациентов с ЯБ: исследуемая группа № 1 за 2-х летний период; исследуемая группа № 2 — за 5 месяцев.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исследуемая группа № 1 — 27 детей и подростков: 18 (66,7 %) мальчиков и 9 (33,3 %) девочек от 12 до 17 лет. Проживают в г. Гомеле 14 (51,9 %) человек, 13 (48,1 %) — в Гомельской области.

Отягощенный по ЯБ наследственный анамнез выявлен у 10 (37 %) детей (ЯБ у матери — 3; у отца — 4; других родственников — 3 случая).

В клинике ЯБ у всех (100 %) пациентов имел место болевой абдоминальный синдром. Диспепсический синдром: тошнота у 12 (44,4 %), изжога у 9 (33,3 %), отрыжка у 8 (29,6 %), рвота у 2 (7,4 %) детей. По данным эндоскопии язвы двенадцатиперстной кишки диагностированы у 24 (88,9 %) пациентов (16 мальчиков и 8 девочек), язвы желудка — у 3 (11,1 %) детей (2 мальчика и 1 девочка находились на противорецидивном лечении по поводу ЯБ желудка в стадии полной клинико-эндоскопической ремиссии). В 2015 г. по поводу ЯБ луковицы двенадцатиперстной кишки на стационарном лечении находилось 14 человек («свежие» язвы выявлены у 11, постъязвенные рубцы — у 3), из них 6 детей (1 девочка и 5 мальчиков) повторно получали лечение в 2016 г. (у девочки вновь «свежий» дефект, у 4 мальчиков после «свежей» язвы сформировались рубцы, у 1 мальчика в течение 2-х лет ЯБ луковицы двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии). В 2016 г. получали лечение по поводу ЯБ луковицы двенадцатиперстной кишки 16 пациентов (у 7 — «свежие» язвы, у 9 — постъязвенные рубцы).

При эндоскопическом исследовании картина гастрита описана у 11 (40,7 %), гастродуоденита у 16 (59,3 %) пациентов. Нарушение моторики верхних отделов пищеварительного тракта выявлено у 19 (70,4 %) детей: гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) у 8, дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) у 4, сочетание ГЭР и ДГР у 7.

Биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка была выполнена 17 пациентам (у 3 (17,6 %) детей — слизистая обычного гистологического строения, у 14 (82,4 %) обследованных верифицирован антральный гастрит: слабо выраженный у 9 (64,3 %), умеренно выраженный — у 3 (21,4 %), резко выраженный у 2 (14,3 %) детей. По активности патологического процесса: гастрит неактивный у 8 (57,2 %), I степени — у 4 (28,6 %), II и III степени — по 1 (7,1 %) ребенку. Наличие Hр определяли гистологическим методом в биоптатах: результат отрицательный — 9 (52,9 %), Hр (+) — 5 (29,4 %), Hр (++) — 2 (11,8 %), Hр (+++) — в 1 (5,9 %) случае.

Проведена оценка физического развития детей и подростков обеих исследуемых групп по центильным таблицам (Гродно, 2000). Физическое развитие среднее у 10 (37,1 %), ниже среднего и низкое у 3 (11,1 %), выше среднего и высокое у 7 (25,9 %), резко дисгармоничное — у 7 (25,9 %) человек. Физическое развитие гармоничное у 11 (40,7 %), дисгармоничное у 16 (59,3 %) детей.

Исследуемая группа № 2 — 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 %), 12–17 лет — 25 (92,6 %) человек. Проживают в г. Гомеле 16 (59,3 %) человек, 11 (40,7 %) — в Гомельской области.

Отягощенный по ЯБ наследственный анамнез выявлен у 12 (44,4 %) детей: по линии матери — 4; по линии отца — 8 случаев.

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.

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. Осложненная кровотечением язва луковицы двенадцатиперстной кишки имела место у 1 (3,7 %) ребенка. 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 пищеварительного тракта диагностировано у всех (100 %) 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 гастродуоденит. По результатам морфологического исследования антральный гастрит слабо выраженный — у 15 (75 %), умеренно выраженный — у 4 (20 %), резко выраженный — у 1 (5 %) пациента. 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 обсемененности — Нр (+) у 6 (25 %), средняя — Нр (++) у 3 (12,5 %).

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. Физическое развитие гармоничное у 11 (40,7 %) детей; дисгармоничное — у 16 (59,3 %) — у мальчиков выявляется в 3 раза чаще.

### **Заключение**

Таким образом, с течением времени отмечается рост и омоложение ЯБ у детей и подростков; рост нарушений моторики верхних отделов пищеварительного тракта. В исследуемых группах гастродуоденальные язвы чаще диагностировались у городских мальчиков среднего и старшего школьного возраста, физическое развитие которых среднее, выше среднего, высокое, дисгармоничное. В клинике ЯБ имеют место болевой абдоминальный и диспепсический синдромы, менее выраженные в последнее время. Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки выявлены у преобладающего большинства пациентов исследуемых групп (у мальчиков в 2 и 3,6 раза чаще, чем у девочек). В еди-

нических случаях зарегистрированы язва двойной локализации; осложненная кровотечением язва луковицы двенадцатиперстной кишки. У обследованных детей и подростков преобладает антральный гастрит слабо выраженный, неактивный, Нр(-). Полученные данные сочетаются с литературными.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Майданник, В. Г. Болезни органов пищеварения у детей / В. Г. Майданник. — Киев: СП «Интертехнодрук», 2010. — 1157 с.
2. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: руководство для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский. — Минск: Беларуская навука, 2019. — 426 с.
3. Беляева, Л. М. Педиатрия. Курс лекций / Л. М. Беляева. — М.: Мед. лит., 2011. — 568 с.

УДК 618.1-053.2:614.2

### СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК Г. ГРОДНО

*Милош Т. С.<sup>1</sup>, Биркос В. А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения

«Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи»

г. Гродно, Республика Беларусь

#### **Введение**

Известно, что репродуктивное здоровье начинается не в период полового созревания или начала половых отношений, а формируется еще антенатально. Поэтому физиологическое состояние репродуктивной системы девочек и подростков является значимым в любой стране.

Однако, здоровье современных девочек характеризуется: нарастанием уровня инвалидности, замедление темпов физического развития, увеличением доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением, отклонением психосоматического здоровья, нарушением формирования репродуктивной системы. По данным выборочных научных исследований гинекологическая заболеваемость девочек и девочек-подростков по России составляет 13,2 % [1]. Снижению репродуктивного здоровья современных подростков могут способствовать различные факторы: постоянно ухудшающийся экологический фон, нарушение пищевого поведения с исходом в ожирение, природно-бытовой дефицит йода, широкое распространение вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотиков), низкая двигательная активность, бездумное следование моде, диеты, приводящие к чрезмерному снижению веса. В целом, необходимость совершенствования акушерско-гинекологической помощи девочкам и девочкам-подросткам в период становления их репродуктивной системы, чтобы максимально сохранить их здоровье, является очевидной.

Однако, мало изучено состояние репродуктивной системы девочек и девушек города Гродно. Кроме того, нет единого плана, позволяющего выявить факторы риска, диагностику, профилактику и лечение нарушений функции репродуктивной системы.

#### **Цель**

Оценить состояние репродуктивной системы девочек и девушек города Гродно, выработать план для выявления факторов риска, диагностики, профилактики и лечения нарушений функции репродуктивной системы.

#### **Материал и методы исследования**

В Центрах репродуктивного здоровья детей и подростков г. Гродно за 2018 г. были обследованы 1488 девочек разных возрастов от 0–18 лет, находящихся под наблюдени-