

4. Индекс массы тела понижен у 10 % детей, повышен — у 27 %.
5. Среди сопутствующих заболеваний на первом месте стоит вторичная артериальная гипертензия, на втором — нарушения ритма сердца.
6. У исследуемых детей в общем анализе мочи отмечалась протеинурия, микрогематурия, повышение удельного веса мочи, в общем анализе крови отмечен лейкоцитоз, снижение уровня гемоглобина, ускорение СОЭ; в биохимическом анализе крови — гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, у незначительного количества детей креатинин сыворотки был повышен.
7. Нефробиопсия была выполнена 14 пациентам.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Нефрология: рук-во для врачей / под ред. И. Е. Тареевой. — М.: Медицина, 1995. — Т. 1. — 496 с.
2. *Мухин, Н. А.* Диагностика и лечение болезней почек / Н. А. Мухин, И. Е. Тареева, Е. М. Шилов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 384 с.

**УДК 616.3-008.14-053.2(476.2)**

### **ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Мельникова А. А., Романова Ю. И.**

**Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик**

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

#### **Введение**

Одним из наиболее частых патологических состояний желудочно-кишечного тракта у детей разного возраста являются запоры. Они отмечаются у 30–50 % трудоспособного населения развитых стран, а среди больных с патологией пищеварительной системы — у 70 %. По данным разных исследователей, запорами страдают от 9 до 43 % детей в популяции. Однако истинную частоту запоров в детском возрасте установить невозможно, поскольку вследствие низкого уровня медицинской культуры части населения и недостаточности санитарной пропаганды обращаемость к врачам по этому поводу пока невысока.

Функциональный запор — это нарушение функции кишечника, выражающееся в урежении (по сравнению с индивидуальной физиологической нормой) возрастного ритма акта дефекации, его затруднении, систематически недостаточном опорожнении кишечника и/или изменении формы и характера стула при исключении синдрома раздраженного кишечника и органической патологии кишечника. В 95 % случаев хронический запор изначально носит функциональный характер и может быть купирован немедикаментозными методами, однако позднее обращение за медицинской помощью, нежелание пациента менять характер питания и двигательную активность приводят к декомпенсации и формированию органической патологии толстой кишки [1, 2].

#### **Цель**

Изучить особенности течения запоров у детей, проживающих в Гомельской области.

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

Проведен ретроспективный анализ «Медицинских карт стационарного пациента» (форма № 003/у-07) детей, находившихся на обследовании и лечении в педиатрическом отделении № 4 Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2020 г. За год в отделении пролечен 961 пациент, у 71 (7,4 %) из них диагностирован запор — они и вошли в группу исследования. Учитывались пол, возраст, место жительства, результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования.

### Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу составили 71 человек: 42 (59,2 %) девочки и 29 (40,8 %) мальчиков. Возраст детей от 1 года до 17 лет: 1–5 лет — 22 (31 %), 6–11 лет — 30 (42,3 %), 12–17 лет — 19 (26,7 %) человек. Проживают в городе Гомеле 33 (46,5 %), в Гомельской области — 38 (53,5 %) детей. Диагноз «запор» как основной (по МКБ-10 K59.0) выставлен 33 (46,5 %) пациентам, у 38 (53,5 %) детей запор сопутствовал другим заболеваниям. У детей с запором основная жалоба — нарушение дефекации, 24 (72,7 %) из них других жалоб не предъявляли. За период стационарного лечения диагностированы следующие заболевания: хронический гастрит — 29 (40,8 %), гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом — 18 (25,4 %), дискинезия желчевыводящих путей 14 (19,7 %), острая респираторная инфекция — 13 (18,3 %), неспецифический мезаденит, атопический дерматит с пищевой аллергией, функциональная диспепсия по 9 (12,7 %) случаев, патология мочевыделительной системы у 7 (9,9 %) человек.

Клинические проявления: боли в животе у 47 (66,2 %) пациентов (эпигастрии — 14, околопупочной области — 15, по ходу кишечника — 6, без четкой локализации — 12); диспепсический синдром (снижение аппетита, тошнота, рвота, изжога, метеоризм) у 37 (43,7 %); наличие примесей в кале (кровь, слизь) у 8 (11,3 %), энкопрез у 9 (12,7 %) детей. Интоксикационный синдром имел место у 12 (16,9 %), вегетативный — у 7 (9,9 %) человек.

Длительность нарушения дефекации (запора): до 1 года — 15 (21,1 %), 1–5 лет — 40 (56,4 %), более 6 лет — 16 (22,5 %) случаев.

В общеклинических анализах крови и мочи специфических изменений не выявлено. Анализ кала на дисбактериоз выполнен 40 (56,3 %) пациентам, у 4 (10 %) детей результаты в пределах референтных значений. Нарушения биоценоза кишечника выявлены у 36 (90 %) человек: уменьшение количества лактобактерий — 19 (52,8 %), уменьшение количества бифидобактерий — 16 (44,4 %), уменьшение количества энтерококков — 15 (41,7 %), отсутствие роста *E. coli* с нормальной ферментативной активностью — 10 (27,8 %), *E. coli* со сниженной ферментативной активностью более 10 % — 6 (16,7 %), гемолитические *E. coli* более 10 % — 3 (8,3 %), *St. aureus* — 10 (27,8 %), увеличение количества дрожжеподобных грибов — 5 (13,9 %), увеличение количества *Enterobacter cloacae* и *Klebsiellae pneumoniae* по 2 (5,6 %) случая.

УЗИ органов брюшной полости выполнено 37 (52,1 %) пациентам, получены следующие результаты: патологии не выявлено у 10 (27 %) детей; гепатоспленомегалия и гиперплазия внутрибрюшных лимфоузлов по 9 (33,3 %); дискинезия желчевыводящих путей — 7 (25,9 %); изгиб желчного пузыря — 8 (29,6 %); реактивное состояние паренхимы поджелудочной железы 2 (7,4 %), гемангиома печени — 1 (3,7 %) случай; патология почек (удвоение и подковообразная почка, несоответствие размеров возрастной норме, повышенная подвижность, кисты) у 5 (18,5 %) детей.

Ирригоскопия проведена 34 (47,9 %) пациентам: у 14 (41,2 %) пациентов патологии не выявлено; мегаколон различной степени был диагностирован у 18 (90 %), недостаточность пуборектальной мышцы у 7 (35 %), спазм пуборектальной мышцы у 2 (10 %) детей.

Проведена оценка физического развития детей исследуемой группы по центильным таблицам (Гродно, 2000). Физическое развитие среднее у 10 (14,1 %) детей (4 мальчика и 6 девочек), ниже среднего, низкое, очень низкое у 16 (22,5 %) человек (6 мальчиков и 10 девочек), выше среднего, высокое, очень высокое у 34 (47,9 %) пациентов (17 мальчиков и 17 девочек), резко дисгармоничное у 11 (15,5 %) детей (2 мальчика и 9 девочек). Физическое развитие гармоничное у 28 (39,4 %) детей (13 мальчиков, 15 девочек), дисгармоничное у 43 (60,6 %) детей (16 мальчиков, 27 девочек).

### **Выводы**

Таким образом, запор имел место у каждого 14-го из пациентов педиатрического отделения № 4 в 2020 г. Запоры чаще встречаются у девочек младшего школьного возраста. У каждого второго пациента исследуемой группы запор является основным диагнозом, у большинства детей длительность заболевания пять лет и более. Запоры сопутствуют хроническим воспалительным заболеваниям желудочно-кишечного тракта. В клинике преобладают болевой абдоминальный и диспепсический синдромы. У преобладающего большинства пациентов, обследованных на дисбактериоз, выявлены нарушения биоценоза кишечника. У каждого третьего ребёнка при выполнении УЗИ органов брюшной полости обнаружены гепатоспленомегалия и гиперплазия внутрибрюшных лимфоузлов. Более чем у половины пациентов, которым выполнена ирригоскопия, диагностирован мегаколон различной степени. Физическое развитие выше среднего, высокое, очень высокое, дисгармоничное чаще регистрируется у мальчиков.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: руководство для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский. — Минск: Беларуская навука, 2019. — 426 с.
2. Думова, Н. Б. Хронические запоры у детей / Н. Б. Думова, В. П. Новикова. — СПб., 2008. — 98 с.

**УДК 616.839-08-053.2/.6**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Мироненко Е. С.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Актуальность научного исследования обусловлена тем, что в настоящее время установлена возможность перехода синдрома вегетативной дисфункции (СВД) в такие психосоматические заболевания, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и др. [1, 3].

Распространенность СВД у детей и подростков весьма значительна и колеблется от 20 до 30 % в популяции [3].

Несмотря на распространенность исследуемой патологии, в реальной жизни больные с СВД преимущественно наблюдаются врачами общей соматической сети в связи с недостаточной изученностью особенностей клинических проявлений [2].

Таким образом, данная проблема остается актуальной, нуждается в интегрированном изучении различных ее аспектов. Сложности в отграничении функциональных расстройств от органических психосоматических заболеваний обуславливают необходимость оптимизации критериев диагностики, а отсутствие однозначных рекомендаций в отношении терапии данной патологии требуют разработки комплексных методов лечения [2, 4].

### **Цель**

Проанализировать клинические особенности течения СВД у детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в У «ГОДКБ» г. Гомеля.

### **Материал и методы исследования**

Проводилось ретроспективное исследование историй болезни пациентов с синдромом вегетативной дисфункцией (n = 48), госпитализированных У «ГОДКБ»