

уменьшается. Эта общая тенденция объясняется еще не закончившимся формированием зрительной и нервной системы и постепенное их «созревание» с возрастом [5].

У детей, страдающих ДЦП, наблюдается иная картина. В ходе исследований не удалось выявить среди этих испытуемых возрастных групп с четко выраженной максимальной или минимальной скоростью сложной зрительно-моторной реакции по 3 основным цветам спектра. С возрастом у детей, страдающих ДЦП, не наблюдается закономерностей по снижению или увеличению скорости сложной зрительно-моторной реакции. Показатели времени реакции колеблются в пределах от 3,193 до 4,184 секунд, что является значительно ниже нормы.

Соотнесение возрастной динамики скорости сложной зрительно-моторной реакции здоровых детей и детей с нарушениями зрительно-моторной системы по 3 основным цветам спектра, показало, что у здоровых детей скорость реакции в 3–5 раз выше скорости реакции их сверстников с ДЦП. Неудивительно, что дети, страдающие этим заболеванием, зачастую испытывают серьезное отставание в интеллектуальном и психическом развитии. Эта проблема приобретает особую актуальность именно в школьном возрасте, когда закрепляются способности ребенка, необходимые для дальнейшего успешного обучения и профессиональной деятельности.

#### **Выводы**

Время сложной зрительно-моторной реакции у здоровых детей постепенно уменьшается, в среднем с 1,337 с — у детей 9 лет до 0,902 с — у 15-летних детей, что свидетельствует об увеличении скорости сложной зрительно-моторной реакции с возрастом. Тенденция к уменьшению времени реакции наблюдалась во всех возрастных группах здоровых детей от более младших возрастных групп к старшим. У детей, страдающих ДЦП не наблюдается закономерностей по увеличению скорости сложной зрительно-моторной реакции с возрастом. Время сложной зрительно-моторной реакции колеблется у разных возрастных групп в пределах от 3,193 до 4,184 секунд.

Также при соотнесении возрастной динамики скорости сложной зрительно-моторной реакции здоровых детей и их сверстников с нарушениями зрительно-моторной системы было выявлено, что скорости сложной зрительно-моторной реакции здоровых детей в 3–5 раз выше, чем скорости реакции детей с нарушениями зрительно-моторной системы. Это является одной из причин сложностей процесса обучения и подготовки к профессиональной деятельности детей, страдающих зрительно-моторными расстройствами.

Полученные результаты исследований могут быть полезны в диагностических целях, а также при оценке эффективности коррекционно-развивающих и реабилитационно-восстановительных мероприятий.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дворник, А. М. Оригинальная компьютерная методика «Триколон»: акт внедрения результатов научных исследований в практику / А. М. Дворник, П. И. Бондаренко. — Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2009.
2. Бондаренко, П. И. Оригинальная компьютерная методика «Триколон»: акт внедрения результатов научных исследований в учебно-воспитательный процесс / П. И. Бондаренко. — Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2009.
3. Бондаренко, П. И. Тестирование скорости сложной зрительно-моторной реакции: программа «Триколон» / П. И. Бондаренко, А. Л. Чеховский // *Фундаментальные науки и практика*. — Томск: Крокус, 2010. — С. 63–64.
4. Коваленко, В. В. Пороги цветоразличения как показатель функционального состояния зрительного анализатора / В. В. Коваленко // *Офтальмологический журнал*. — 1979. — № 6. — С. 366–370.
5. Хрипкова, А. Г. Возрастная физиология и школьная гигиена / А. Г. Хрипкова, М. В. Антропова, Д. А. Фарбер. — М.: Просвещение, 1990.

**УДК:616.366-003.7-53.2-071-074**

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

**Чеченкова Е. В.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В настоящее время наблюдается тенденция к росту желчнокаменной болезни (ЖКБ) в детском возрасте, в том числе I (латентной) стадии ЖКБ, трактуемой как, дис-

кинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) с дисхолией. Изменилась возрастная структура заболевания: ЖКБ диагностируется в возрасте 2-х лет и ранее.

### **Цель**

Изучение клинико-лабораторных особенностей ЖКБ у детей и оценка эффективности консервативного лечения.

### **Материалы и методы исследования**

Был проведен анализ 20 медицинских карт стационарного больного детей в возрасте от 2 до 16 лет (14 девочек, 6 мальчиков) с диагнозом ЖКБ и 20 медицинских карт стационарного больного детей в возрасте от 4 до 16 лет (16 девочек, 4 мальчика) с диагнозом ДЖВП, дисхолия, которые находились на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении УЗ «Гомельская областная клиническая больница». Средний возраст детей составил 13 лет. Наряду с подробным анамнезом и клиническими исследованиями, у детей определяли активность трансаминаз, щелочной фосфатазы, свободного холестерина, билирубина и его фракций. Всем больным было выполнено копрологическое исследование, исследование кала на цисты лямблий, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия (в возрасте от 6 до 16 лет).

### **Результаты и обсуждение**

Одним из важных факторов камнеобразования у детей считается наследственная предрасположенность. У наших больных выявлена отягощенная наследственность по холелитиазу в 65 % случаев. В последнее время в детском возрасте изменилась культура питания. Современные дети употребляют много жиров, углеводов, недостаточное количество витаминов, овощей, фруктов, что приводит к дефициту антиоксидантов, нарушению метаболизма холестерина (ХС). 12 (30 %) детей признали, что употребляют жирную и острую пищу. У половины детей возникали боли в правом подреберье после каких-либо физических нагрузок, вследствие чего, они вели, преимущественно, гиподинамический образ жизни. Ожирение было выявлено у 3-х пациентов. Болевой синдром был выражен у большинства детей и имел рецидивирующий характер. При поступлении в гастроэнтерологическое отделение, дети предъявляли различные жалобы (таблица 1).

Таблица 1 — Частота встречаемости диспептических явлений при желчнокаменной болезни

Жалобы	Частота встречаемости, (%)
Тошнота	60
Боли в правом подреберье	55
Боли в эпигастрии	50
Запоры	50
Снижение аппетита	30
Изжога, горечь во рту	25
Отрыжка воздухом, пищей	20
Диарея с метеоризмом	15
Рвота	15
Бессимптомное течение	10
Иррадиация болей в спину	5

Увеличение ХС было нехарактерно и выявлено только у 2 (5 %) детей. Показательно увеличение щелочной фосфатазы у 28 (70 %) детей. У детей 6–16 лет при проведении ЭФГДС определялись различные изменения слизистой воспалительного характера: пангастрит — в 65 % случаев; поверхностный дуоденит — в 15 %; признаки гастродуоденита — в 20 % и нарушения моторики: в 55 % — гастро-эзофагиальный рефлюкс; в 45 % — дуодено-гастральный рефлюкс.

В копрологическом исследовании кала у 32 (80 %) детей определялся избыток жирных кислот. Цисты лямблий не были выявлены ни у одного из детей. Немаловажную роль в генезе развития ЖКБ у детей играют аномалии развития желчного пузыря и пузырного протока. У обследованных детей обнаружены перегибы тела желчного пузыря — у 6 (15 %) детей; перегибы шейки — у 2 (5 %). Размеры конкрементов у обследуемых детей были от 2,5 до 10 мм, которые располагались в теле желчного пузыря.

В лечении ЖКБ у всех детей включались гепатопротекторные холелитолитические желчегонные препараты урсодезоксихолевой кислоты (из расчета 10–15 мг/кг в сутки, длительностью от 6 месяцев до 1 года). Назначение данных препаратов детям с ЖКБ (20 (100 %) пациентов) не оказало положительного результата, то есть консервативная терапия ЖКБ не привела к растворению и выведению камней из пузыря. Консервативная терапия ДЖВП, дисхолии привела к положительному эффекту в 100 % случаев (20 детей) по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Таким образом, ЖКБ и ДЖВП чаще встречается у девочек пубертатного возраста с отягощенным семейным анамнезом. Клиническая картина не всегда соответствует классической картине течения ЖКБ у взрослых, где ведущим фактором является гиперхолестеринемия и воспаление. Основными клиническими симптомами ЖКБ у детей являются тошнота, боли в правом подреберье и эпигастрии, запоры, что объясняется наличием хронической патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Своевременная диагностика ДЖВП, сопровождающейся явлениями дисхолии, и ее коррекция необходимы для профилактики образования камней в желчном пузыре и улучшения качества жизни пациентов в будущем.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Запруднов, А. М. Особенности желчнокаменной болезни в детском возрасте / А. М. Запруднов, Л. А. Харитонова. — М., 2002. — 52 с.
2. Коровина, Н. А. Холепатии у детей и подростков: рук. для врачей / Н. А. Коровина, М. С. Хинтинская. — М.: Медпрактика, 2000. — 60 с.

УДК618.17–008.8:615.256.5

### МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНОЙ СИСТЕМОЙ «МИРЕНА»

Чуешкова Ю. С.

Научный руководитель: к.м.н. О. А. Теслова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Основной механизм действия внутриматочной системы «Мирена» реализуется на уровне эндометрия, в котором создается высокая концентрация левоноргестрела (ЛНГ). Результатом локального действия ЛНГ является полное прекращение циклических изменений в эндометрии, характеризующееся отсутствием менструаций у 45–50 % женщин через 12 мес. контрацепции, что рассматривается как побочный эффект [1]. Однако, применение «Мирены» обеспечивает 100% контрацептивный, длительно действующий эффект, а аменорея при извлечении системы легко обратима [2].

#### *Цель*

Изучить менструальную функцию женщин с внутриматочной системой «Мирена» в сравнении с женщинами, имеющими другие внутриматочные системы, не продуцирующие гормоны.

#### *Материалы и методы исследования*

Проведено анкетирование 60 женщин, наблюдавшихся в женских консультациях УЗ «Гомельская центральная городская поликлиника» филиалов № 5, 6, 11. В основную группу вошли 30 женщин, которым установлена внутриматочная система «Мирена» более 12 мес. назад. Контрольную группу составили 30 женщин с различными внутриматочными системами (ВМС), не продуцирующими гормоны, установленными более 12 мес. назад. Статистическая обработка данных произведена с использованием пакета программ «Statistica» 6.1, использованы критерии для сравнения различий час-