

4. У 65,6 % детей с хронической крапивницей в результате обследования выявлена сопутствующая гастроэнтерологическая патология. У 18,8 % глистная инвазия.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Greaves, M. W. Chronic idiopathic urticaria / M. W. Greaves // *Curr Opin Allergy Clin. Immunol.* – 2003. – Vol. 3. – P. 363–368.
2. Горячкина, Л. А. Клиническая аллергология и иммунология. Руководство для практикующих врачей / Л. А. Горячкина, К. П. Кашкина. – М.: Миклош, 2009. – С. 222–271.
3. Wong, J. Y. Rapid oral challenge-desensitization for patients with aspirin-related urticaria angioedema / J. Y. Wong, C. T. Nagy, T. J. Krinzman // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2000. – № 105(5). – P. 997–1001.
4. Ревякина, В. А. Крапивница в практике педиатра / В. А. Ревякина // *Лечащий Врач.* – 2007. – Вып. 4. – С. 84.

УДК 616.33+616.342]-002.45-053.2

**О. Г. Галченкова, М. М. Медведская**

*Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**

#### ***Введение***

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и/или двенадцатиперстной кишки – мультифакториальное хроническое заболевание с образованием язв в желудке и/или двенадцатиперстной кишке с возможным прогрессированием и развитием осложнений.

В этиопатогенез ЯБ вовлечены как внешние (стресс, *Helicobacter pylori* (Hр), прием лекарственных препаратов, нарушение режима питания, курение, алкоголь), так и внутренние (патология нервной и/или гуморальной регуляции, эндокринные расстройства, кислотно-пептический фактор, снижение уровня простагландинов, циркуляторно-гипоксические поражения слизистой оболочки желудка, билиарный рефлюкс, наследственность) факторы риска. Важное значение в развитии заболевания играют общая и местная реакции организма, обуславливающие нарушение соотношения между факторами агрессии и факторами защиты, что приводит к изменению трофических процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки и формированию язвенного дефекта. При этом существенная роль принадлежит наследственной предрасположенности, т.к. она повышает чувствительность организма к действию внешних факторов риска и определяет индивидуальные особенности строения пищеварительной, нервной, эндокринной, иммунной и др. систем, которые усиливают действия внутренних этиопатогенетических факторов [1].

Для нашей страны 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 [2].

#### ***Цель***

Проанализировать особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, проживающих в Гомельской области.

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

Материалом для исследования послужили 34 «Медицинские карты стационарного пациента» детей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 4 (гастроэнтерологического профиля) Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2022 году.

*Метод исследования:* оценка следующих критериев: возраст, пол, место проживания, сопутствующая патология, зависимость от времени года, взаимосвязь с Нр, клинические проявления ЯБ.

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

Исследуемая группа – 34 пациента с ЯБ (по МКБ-10 K25 – язва желудка, K26 – язва двенадцатиперстной кишки) – 17 (50,0 %) девочек и 17 (50,0 %) мальчиков.

Возраст детей от 5 до 18 лет: 1–5 лет – 1 (2,9 %) девочка, 6–12 лет – 5 (14,7 %) мальчиков, 13–18 лет – 28 (82,4 %) детей (16 девочек и 12 мальчиков).

Жители г. Гомеля – 18 (52,9 %), Гомельской области – 16 (47,1 %) человек.

В 2022 году ЯБ выявлена впервые у 23 (67,7 %) детей, из них 12 (52,2 %) – девочки, 11 (47,8 %) – мальчики. Находились на стационарном лечении повторно 11 (32,3 %) детей, из них 5 (45,5 %) девочек и 6 (54,5 %) мальчиков.

При госпитализации 8 (23,5%) пациентов предъявили жалобы только на боли в эпигастриальной области. Поводом для госпитализации у 20 (58,8 %) детей послужили болевой абдоминальный и диспептический, у 6 (17,7 %) детей – болевой абдоминальный, диспептический и астеновегетативный синдромы.

Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки диагностированы у 25 (73,5 %) детей (12 девочек и 13 мальчиков), язвы желудка – у 8 (23,6 %) человек (5 девочек и 3 мальчика), двойной локации – у 1 (2,9 %) мальчика.

Наиболее частая локализация дефектов луковицы двенадцатиперстной кишки — передняя стенка – 13 (52,0 %) случаев; задняя стенка – 5 (20,0 %), поражение передней и задней стенок («зеркальные язвы») – у 7 (28,0 %) детей.

Наиболее частая локализация язвенных дефектов желудка: малая кривизна – 5 (62,5 %) случаев; пилорический отдел – 2 (25,0 %), угол желудка – 1 (12,5 %) случай.

При эндоскопическом исследовании было выявлено разное количество язвенных дефектов: один у 17 (50,0 %), два у 8 (23,5 %), множественные мелкие дефекты у 9 (26,5 %) пациентов.

Всем пациентам была выполнена ФГДС с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка, исследование на Нр проведено гистологическим методом. Хронический гастрит диагностирован у 29 (85,3 %) детей. По результатам морфологического исследования антральный гастрит слабовыраженный у 9 (31,0 %), умеренно выраженный у 17 (58,6 %), выраженный у 3 (10,4 %) обследованных. По степени активности гастрит неактивный у 7 (24,2 %), низкой степени активности у 5 (17,2 %), средней – у 16 (55,2 %), высокой – у 1 (3,4 %) ребенка.

Отрицательный результат обследования на Нр выявлен у 14 (41,2 %) детей. Хеликобактерная инфекция подтверждена у 20 (58,8 %) пациентов: легкая степень обсемененности – Нр (+) у 8 (40,0 %), средняя – Нр (++) у 4 (20,0 %), высокая – Нр (+++) у 8 (40,0 %).

ЯБ сопутствуют другие заболевания органов пищеварения: хронический гастрит; нарушения моторики (гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), дисфункция желчного пузыря). ГЭР с неэрозивным эзофагитом выявлен у 15 (44,1 %), ГЭР с эрозивным эзофагитом – у 7 (20,6 %), ДГР – у 6 (17,7 %), дисфункция желчного пузыря – у 5 (14,7 %) пациентов.

Выявлена взаимосвязь со временем года: на стационарном лечении в зимний период находилось 11 (32,4 %), осенний – 12 (35,3 %) человек.

### **Выводы**

По результатам данного исследования ЯБ одинаково часто встречается у городских девочек и мальчиков среднего и старшего школьного возраста, чаще в осенне-зимний период. У каждого второго пациента ЯБ выявлена впервые.

В клинике ЯБ у всех детей исследуемой группы имел место болевой абдоминальный, у большинства — диспепсический синдромы, у каждого шестого — астеновегетативный.

Преобладают язвы луковицы двенадцатиперстной кишки с локализацией на передней стенке.

У большинства пациентов диагностирован хронический умеренно выраженный, средней степени активности антральный гастрит, ассоциированный с Нр (легкой и высокой степени обсемененности одинаково часто).

ГЭР — наиболее часто встречающееся нарушение моторики, из них у каждого третьего — ГЭР с эрозивным эзофагитом.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Рашина, О. В. Многофакторный этиопатогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / О. В. Рашина, М. И. Чурносков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. – № 192(8). – С. 154–159.
2. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: рук-во для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский. – Минск: Белорус. наука, 2019. – 426 с.

**УДК 612.6-053.5**

**А. В. Грибанов**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **МОНИТОРИНГ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

### **Введение**

Известно, что отклонение от нормы показателей физического развития (ФР) детей является важным проявлением как нарушения функционального состояния организма ребенка, так и уже имеющегося у него заболевания.

Важной характеристикой здоровья детей и подростков является гармоничность ФР, которая отражает интегральную взаимосвязь между различными антропометрическими показателями (длина и масса тела), возрастом и полом ребенка.

Изучая динамику ФР школьников, ряд российских исследователей выявили снижение числа детей с гармоничным ФР и повышение распространенности функциональных нарушений и хронических заболеваний у них [1, 2, 3].

Изучением морфо-функционального статуса детей и подростков г. Гомеля в 2010–2011 году активно занимались сотрудники кафедры нормальной физиологии, кафедры анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии и кафедры педиатрии УО «Гомельский государственный медицинский университет». В результате проведенного исследования были составлены центильные таблицы, позволяющие объективно оценивать физическое развитие детей г. Гомеля [4].

Имеющиеся в доступной литературе материалы для оценки ФР школьников устарели, а данные российских специалистов не могут быть использованы для определения ФР детей и подростков Беларуси, так как они не учитывают влияния социально-экономических и экологических условий проживания.