

- 2) сократить время оперативного вмешательства;
- 3) точно определить углы деформации костей;
- 4) спрогнозировать адекватное сопоставление костных фрагментов после остеотомии;
- 5) сократить лучевую нагрузку на пациента;
- 6) выбрать наиболее рациональный способ фиксации отломков.

Все эти особенности предполагают получить хороший интраоперационный и конечный результат лечения пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Планирование операций на проксимальном отделе бедренной кости / А. М. Соколовский [и др.] // Журнал медицинские новости. — 2005. — № 10. — С. 26–29. Доступно по: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=1043>.

2. Rapid prototyping: the future of trauma surgery? / G. Brown [et al.] // J Bone Joint Surg [Am]. — 2003. — 85-A. — P. 49–55.

3. Баиндурашвили, А. Г. Хирургическое лечение детей с дисплазией тазобедренного сустава / А. Г. Баиндурашвили, А. И. Краснов, А. Н. Дейнеко. — СПб.: СпецЛит, 2011.

УДК 616.33-002.44-053.2/.6(476.2)

### ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Козловский А. А.<sup>1</sup>, Хмылко Л. А.<sup>2</sup>, Беликова Г. С.<sup>2</sup>, Лымарь Ж. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### Введение

Патология пищеварительной системы считается наиболее распространенной и прогрессирующей у детей во всем мире. В связи с этим наиболее важной проблемой здравоохранения на сегодняшний день является разработка и реализация научно обоснованных комплексных программ по профилактике хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки являются ведущими при заболеваниях органов пищеварения у подростков. Интерес к этой патологии связан с постоянной распространенностью, частыми рецидивами и серьезными осложнениями, которые могут привести к ухудшению жизни пациентов. Следует отметить, что распространенность язвенной болезни у детей в глобальном масштабе значительно варьирует и в настоящее время отсутствуют достоверные статистические данные о ее частоте [1].

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что у детей хронические воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки могут быть не только основным заболеванием, но и сопутствующим другим хроническим болезням пищеварительной системы (холециститу, панкреатиту, гепатиту, колиту и т.д.), а также развиваться на фоне других соматических заболеваний, требующих длительного применения лекарственных средств [2].

Внедрение в педиатрическую практику современных методов диагностики хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки позволило улучшить их распознавание на ранних этапах развития болезни. В то же время кратковременные периоды клинической ремиссии при частых рецидивах болезни свидетельствуют о низком качестве лечения и реабилитации пациентов.

Актуальность проблемы язвенной болезни у детей определяется высокой частотой, хроническим рецидивирующим ее течением и возможностью опасных для жизни осложнений.

**Цель**

Изучить особенности эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у детей Гомельской области.

**Материал и методы исследования**

Ретроспективный анализ 270 «Медицинских карт стационарного пациента» несовершеннолетних, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 1 У «ГОДКБ» с января 2003г. по декабрь 2012 г. с диагнозом язвенная болезнь.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В исследование включено 145 пациентов в возрасте от 5 до 16 лет. Установлено, что в структуре язвенной болезни у детей язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностирована у 137 пациентов (94,5 %), язвенная болезнь желудка — у 8 (5,5 %) пациентов ( $p < 0,001$ ). В целом у мальчиков язвенная болезнь встречалась чаще, чем у девочек (83 ребенка (57,2 %) и 62 (42,8 %) соответственно; ( $p < 0,01$ )) (таблица 1). Пик заболеваемости язвенной болезни приходится на 12–16 лет, что свидетельствует о возникновении деструктивных изменений преимущественно в подростковом возрасте.

Таблица 1 — Частота язвенной болезни у детей в различные возрастные периоды

Возраст	Мальчики		Девочки	
	абс. кол-во	%	абс. кол-во	%
5–8 лет	9	10,9	4	6,5
9–12 лет	27	32,5	22	35,5
13–16 лет	47	56,6	36	58,0
ВСЕГО	83	100,0	62	100,0

При изучении места жительства детей с язвенной болезнью установлено, что городские дети болеют чаще, чем сельские (71,0 % и 29,0 % соответственно;  $p < 0,001$ ). Среди городских детей мальчики болеют в 1,7 раза чаще, чем девочки ( $p < 0,01$ ). Среди сельских жителей такой закономерности не выявлено: мальчиков было 26 (61,9 %), девочек — 16 (38,1 %) ( $p > 0,05$ ).

Отягощенная наследственность по заболеваниям пищеварительной системы отмечена у 97 детей, что составило 66,9 %. В 58,8 % случаев отягощенная наследственность отмечалась по отцовской линии, в 23 случаях (23,7 %) — по материнской линии, в 17 случаях (17,5 %) хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки страдали оба родителя. Отягощенная наследственность по гастродуоденальной патологии в 1,7 раза чаще отмечалась у мальчиков, чем у девочек.

Отягощенный аллергологический анамнез (бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергический ринит, аллергический конъюнктивит и др.) выявлен только у 17 пациентов (11,7 %).

У большинства детей (74 пациента, 51,0 %) не отмечалось обострения язвенной болезни на протяжении 5 лет. Рецидивирование язвенной болезни (более двух раз за 5 лет) в 1,6 раза чаще диагностировалось у мальчиков, по сравнению с девочками.

Оценка физического развития детей с язвенной болезнью проводилась по центильным таблицам [3].

Наиболее часто (77 детей или 53,1 %) отмечалось среднее и выше среднего гармоничное и дисгармоничное физическое развитие. Высокое, очень высокое гармоничное и дисгармоничное физическое развитие наблюдалось у 42 пациентов (29,0 %). Резко дисгармоничное физическое развитие выявлено у 16 обследованных (11,0 %). Ниже среднего и низкое гармоничное и дисгармоничное физическое развитие отмечено только у 10 пациентов (6,9 %).

Наиболее частыми жалобами детей с обострением язвенной болезни были: боли в животе (137 детей, 94,5 %), изжога (80 — 55,2 %), тошнота (57 — 39,3 %), снижение аппетита (27 — 18,6 %), отрыжка (21 — 14,5 %). Все симптомы желудочной диспепсии досто-

верно чаще отмечались у пациентов с увеличением возраста ( $p < 0,05$ ). У 8 подростков (5,5 %) язвенная болезнь протекала без болевого и диспептического синдромов.

Астено-невротический синдром характеризуется жалобами общевротического характера (головные боли, повышенная утомляемость, раздражительность, плаксивость, боли в области сердца и др.), которые выявлены у 56,6 % пациентов.

Сочетанная патология ЖКТ диагностирована у 95,2 % обследованных. Наиболее часто выявлялись дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастродуоденит, гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюксы. Вегетативная дисфункция в виде нейроциркуляторной дистонии отмечена у 48 пациентов (33,1 %) (таблица 2).

По данным ФГДС язвенный дефект в большинстве случаев локализовался на передней и задней стенках двенадцатиперстной кишки, реже (в случае множественных язв) — на обеих стенках.

Таблица 2 — Структура сочетанной патологии ЖКТ при язвенной болезни у детей

Заболевание	Абс. кол-во	%
Хронический гастрит	27	18,6
Хронический гастродуоденит	109	75,2
Дуоденогастральный рефлюкс	27	18,6
Гастроэзофагеальный рефлюкс	38	26,2
Дискинезия желчевыводящих путей	127	87,6
Глистные инвазии	16	11,0
Нейроциркуляторная дистония	48	33,1

Осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки чаще диагностировались у мальчиков. В структуре осложнений преобладали стенозы (3,4 %), реже — кровотечения (1,4 %). Осложнения язвенной болезни желудка не выявлены.

При проведении контрольной ФГДС на 10–12 день лечения клиничко-эндоскопическая ремиссия достигнута у 104 пациентов (71,7 %), у 38 (26,2 %) отмечена эпителизация язвенного дефекта, у 3 детей (2,1 %) не отмечено положительной динамики.

### Выводы

1. Язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки достоверно чаще диагностируется у мальчиков, проживающих в городе.
2. Пик заболеваемости приходится на 13–16 лет, что свидетельствует о возникновении деструктивных изменений преимущественно в подростковом возрасте.
3. Отягощенная наследственность по заболеваниям пищеварительной системы установлена у 66,9 % пациентов, преимущественно по отцовской линии.
4. Атипичное течение язвенной болезни (без болевого и диспептического синдром) диагностировано у 8 подростков (5,5 %).
5. Рецидивирование язвенной болезни отмечено у 49,0 % обследованных, преимущественно у лиц мужского пола.
6. Язвенная болезнь у детей характеризуется высокой частотой (95,2 %) сочетанной патологии ЖКТ (дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастродуоденит, хронический гастрит и др.).
7. Клиничко-эндоскопическая ремиссия у детей с язвенной болезнью отмечена на 10–12 день болезни у 71,7 % пациентов, эпителизация язвенного дефекта — у 26,2 %.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Юсупов, Ш. А. Структура патологии гастродуоденальной зоны у детей с дискинезией желчного пузыря / Ш. А. Юсупов, Д. С. Исламова, У. Б. Гаффаров // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. — 2014. — Т. 2, № 7. — С. 73–74.
2. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте / А. В. Сукало, А. А. Козловский. — Минск: Беларуская навука, 2019. — 426 с.
3. Мельник, В. А. Таблицы оценки физического развития школьников города Гомеля: метод. рекомендации / В. А. Мельник, Н. В. Козакевич, А. А. Козловский. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 32 с.