

обследованию было индифферентным или слабо заинтересованным при требовательно-драматическом поведении матерей. Состояние пациентов за время наблюдения оставалось стабильно удовлетворительным. В отсутствие четких диагностических критериев ДСМ обоснований для консультации психиатра не было установлено, в том числе и по деонтологическим причинам.

Выводы

Таким образом, ДСМ, как и симулятивные расстройства в целом являются большой диагностической проблемой, поскольку неясны границы между симулятивным расстройством, соматизацией и симуляцией. Знания и образование являются ключом к управлению этой проблемой. Для определения ДСМ вопросы его этиологии, методов нанесения вреда, характеристики манипуляторов-преступников, предупреждающих знаков, юридической ответственности и эффективной документации должны быть включены в любую образовательную программу по ДСМ.

УДК 616.37-053.2(476.2)

**ПАТОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Демьянчик А. С., Сидоренко Ю. И.

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время частота панкреатитов у детей с заболеваниями органов пищеварения, по данным разных авторов, колеблется от 5–25 % [1]. У детей встречаются разнообразные заболевания поджелудочной железы, для разных возрастных категорий типичны свои особенности и проблемы. Так, дети раннего возраста нередко страдают от недостаточности функций поджелудочной железы [2, 3]. Умеренная и незначительная панкреатическая недостаточность может сопровождать многие гастроэнтерологические заболевания, например, целиакию, может быть симптомом хронического панкреатита и часто выявляется лишь при проведении специального обследования. У детей школьного возраста преобладают воспалительные заболевания поджелудочной железы, не всегда своевременно диагностируемые.

Цель

Изучить патологию поджелудочной железы у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен анализ результатов клинического, эндоскопического и морфологического исследований по «Медицинским картам стационарного пациента» (форма № 003/у-07) детей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 4 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с августа 2018 по декабрь 2019 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемая группа — 62 пациента: 26 (41,9 %) девочек и 36 (58,1 %) мальчиков. Возраст пациентов от 1 года до 18 лет: 1–5 лет — 4 (6,5 %), 6–11 лет — 22 (35,5 %), 12–18 — 36 (58 %). Проживают в г. Гомеле 35 (56,5 %) человек, 27 (43,5 %) — в Гомельской области.

Патология поджелудочной железы, вынесенная в заключительный клинический диагноз: диспанкреатизм выявлен у 30 (48,4 %) пациентов, липоматоз поджелудочной железы — у 11 (17,7 %), дисфункция билиарного тракта по панкреатическому типу — у 8 (12,9 %), панкреатическая недостаточность — у 7 (11,3 %), острый панкреатит — у 3 (4,8 %), добавочная доля — у 2 (3,2 %), поликистоз поджелудочной железы — у 1 (1,6 %) ребенка.

В клинике патологии поджелудочной железы болевой абдоминальный синдром имел место у 59 (95,2 %) пациентов исследуемой группы. Диспепсический синдром: тошнота — у 20 (32,3 %), рвота — у 10 (16,1 %), послабление стула — у 8 (12,9 %), запоры — у 4 (6,5 %) человек.

По данным УЗИ органов брюшной полости, выполненного 50 пациентам, диффузные изменения поджелудочной железы выявлены у 24 (48 %), увеличение печени — у 8 (16 %), диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза — у 4 (8 %), лимфаденопатия — у 3 (6 %), пневматоз кишечника — у 3 (6 %), гидроперитонеум — у 2 (4 %), диффузные изменения печени — у 2 (4 %), реактивное состояние поджелудочной железы — у 2 (4 %); острый панкреатит, спленомегалия, реактивное состояние печени, стеатоз печени и поджелудочной железы, поликистоз поджелудочной железы — по 1 (2 %) пациенту.

ФГДС проведено 56 детям, с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки в 51 случае; верифицирован антральный гастрит у 33 пациентов: неактивный — у 21 (63,6 %) пациента, 1 степени активности — у 5 (15,2 %), 2 степени активности — у 3 (9,1 %), 3 степени активности — у 4 (12,1 %). По степени выраженности антральный гастрит: слабовыраженный — у 25 (75,8 %) обследованных, умеренно выраженный — у 7 (21,2 %), резко выраженный — у 1 (3 %). Обследование на *H. pylori* (гистологический метод) проведено у 41 пациента: результат отрицательный — у 25 (61 %) детей, легкая степень обсемененности (Hr+) — у 8 (19,5 %), средняя (Hr++) — у 5 (12,2 %), высокая (Hr+++) — у 3 (7,3 %).

Патологические изменения в общем анализе крови выявлены у 45 (72,6 %) пациентов: нейтрофильный лейкоцитоз — у 11 (24,4 %), относительный лимфоцитоз — у 31 (68,9 %), анемия — у 6 (13,3 %) детей. Повышение показателей в биохимическом анализе крови отмечается у 32 (51,6 %) пациентов: АЛТ — у 8 (25 %), АСТ — у 10 (31,3 %), амилазы — у 8 (25 %), СРБ — у 4 (12,5 %), ЩФ — у 1 (3,1 %), ЛДГ — у 8 (25 %). Повышение уровня амилазы в моче наблюдается у 16 (25,8 %) пациентов.

Проведена оценка физического развития детей исследуемой группы по центильным таблицам. Физическое развитие среднее у 13 (21 %) детей (10 девочек и 3 мальчика), ниже среднего — у 13 (21 %) детей (6 девочек и 7 мальчиков), выше среднего — у 26 (41,9 %) пациента (7 девочек и 19 мальчиков), резко дисгармоничное — у 10 (16,1 %) (3 девочки и 7 мальчиков). Физическое развитие гармоничное у 34 (54,8 %) детей, дисгармоничное — у 28 (45,2 %) детей.

Выводы

Таким образом, патология поджелудочной железы чаще встречается у городских мальчиков школьного возраста, физическое развитие которых выше среднего, гармоничное и дисгармоничное. Более чем у половины обследованных имеют место функциональные нарушения поджелудочной железы. В клинике преобладает болевой абдоминальный синдром; у 1/3 пациентов — диспепсический синдром. У половины пациентов диффузные изменения поджелудочной железы выявлены при ультразвуковом исследовании. У большинства обследованных верифицирован антральный гастрит, неактивный, слабовыраженный, Hr(-). Более чем у половины пациентов выявлены изменения в общем и биохимическом анализе крови, у 1/4 — повышение уровня амилазы в моче.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасилина, Т. В. Панкреатиты у детей / Т. В. Гасилина, С. В. Бельмер // Лечащий врач — 2009. — № 1. — С. 28–31.
2. Бельмер, С. В. Пищеварительная недостаточность поджелудочной железы у детей. Дифференцированный подход / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина // Гастро News Лайн. — 2008. — № 3. — С. 7–11.
3. Эзокринная панкреатическая недостаточность у детей: современные пути диагностики и коррекции / Бельмер С. В. [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — № 6. — С. 38–41.