

увеличение головки ПЖ, в 7,4 % случаев — увеличение головки и хвоста. У 68,9 % пациентов размеры поджелудочной железы были в норме. Нормальная экзогенность паренхимы ПЖ была у 66,3 % пациентов, у 33,7 % детей выявлена гиперэкзогенность.

#### **Выводы**

В структуре заболеваний ПЖ у детей и подростков преобладают реактивные поражения ПЖ, частота вовлечения в патологический процесс ПЖ зависит от возраста ребенка, чаще встречается у детей младшего и старшего школьного возраста, имеет гендерные различия (чаще диагностируется у девочек).

В реализации заболеваний поджелудочной железы имеет значение не только наследственная отягощенность, но и внешнесредовые факторы. К основным жалобам у пациентов с заболеваниями ПЖ относятся боль в эпигастральной области (21,9 %) и рвота (19 %). Боль в левом подреберье менее специфична для детей и подростков и встречается только в 6,6 % случаев. Не у всех пациентов при ультразвуковом исследовании ПЖ визуализируются изменения структуры органа.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Губергриц, Н. Б. Практическая панкреатология: монография / Н. Б. Губергриц. — Донецк: Изд. ДГМУ, 2008. — 322 с.
2. Корниенко, Е. А. Клинические особенности хронического панкреатита у детей / Е. А. Корниенко, А. А. Ягупова // Русский медицинский журнал. — 2010. — № 20. — С. 1249.

**УДК 616.98:578.834.1]-053.2**

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Спиридонова А. В., Пузан К. А.**

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

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

Коронавирусная инфекция (COVID-19) — острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом коронавируса SARS CoV-2. Заболевание протекает от бессимптомных до клинически выраженных форм с интоксикацией, лихорадкой, поражением эндотелия сосудов, легких, сердца, желудочно-кишечного тракта, центральной и периферической нервной систем с риском развития осложнений.

С момента начала эпидемии COVID-19 в Китайской Народной Республике, по данным китайского Центра по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), среди подтвержденных случаев болезни диагноз у детей был установлен в 2,2 % случаев, чаще у детей старше 10 лет [2].

Согласно эпидемиологическим данным, инкубационный период у детей составляет 5 – 7 дней. Все заболевшие в Китайской Народной Республике имели тесные контакты, чаще семейные. У небольшого количества детей была лихорадка, непродуктивный кашель и признаки интоксикации, у других детей была бессимптомная форма. Незначительное число заболевших детей имели проявления со стороны верхних дыхательных путей (заложенность носа, ринорея) или со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, боли или неприятные ощущения в животе, диарея). Единичные случаи поражения нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии).

В целом коронавирусная инфекция протекает у детей легко, выздоровление наступает в течение 1–2 недель [1, 2].

### **Цель**

Проанализировать особенности течения коронавирусной инфекции у детей Гомельской области.

### **Материал и методы исследования**

Проанализированы медицинские карты стационарного пациента 100 детей с коронавирусной инфекцией в возрасте от 13 дней до 16 лет, за период с сентября 2020 по январь 2021 гг. Исследование проводилось на базе У «Гомельская областная детская клиническая больница». Данные были проанализированы с помощью статистического программного обеспечения SPSS 15.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируемую группу составили 44 (44 %) девочки и 56 (56 %) мальчиков с COVID-19. Госпитализированы в течение 1–3 суток от начала заболевания — 75 (75 %) пациентов, 4–5 суток — 12 (12 %) пациентов, 1–2 недели — 4 (4 %), 2–3 недели — 5 (5 %) детей, более 3-х недель — 4 (4 %) ребенка.

Временной период госпитализации: в сентябре было госпитализировано 13 (13 %) детей, в октябре — 18 (18 %) в, ноябре — 24 (24 %) ребенка, в декабре — 22 (22 %), в январе — 23 (23 %) человека.

Состояние пациентов при госпитализации чаще было средней тяжести (71 %), тяжелое состояние встречалось в 26 % случаев, удовлетворительное — в 3 % случаев. Распределение детей исследуемой группы по возрасту: от 0 до 1 года — 52 (52 %) ребенка, от 1 года до 3 лет — 28 (28 %) детей, от 4 до 6 лет — 8 (8 %) пациентов, от 7 до 10 лет — 7 (7 %), в возрасте более 11 лет — 5 (5 %) пациентов. Средний возраст пациентов — 2 года 1 месяц.

Наиболее частыми клиническими проявлениями были: лихорадка, которая отмечалась у 85 (85 %) детей, из них субфебрильная температура — в 31,5 % случаев, фебрильная — в 47,2 %, пиретическая — в 21,4 %; сухой кашель — у 18 (18 %) детей, у 12 (66,7 %) из которых продуктивный; заложенность носа наблюдалась у 27 (27 %) детей; одышка диагностирована у 3 (3 %); желудочно-кишечные симптомы: жидкий стул — у 28 (28 %), рвота — у 19 (19 %), боль в животе — у 10 (10 %) детей.

Данные объективного осмотра: гиперемия стенок зева наблюдалась у 73 (73 %) пациентов, рыхлые миндалины — у 35 (35 %), сухие свистящие хрипы — у 9 (9 %), жесткое дыхание — у 20 (20 %) пациентов; у 3 (3 %) пациентов наблюдалась сыпь; у 2 (2 %) пациентов — конъюнктивит.

Структура клинических диагнозов у детей с подтвержденной коронавирусной инфекцией: патология органов дыхания наблюдалась в 69 % случаев, патология желудочно-кишечного тракта — в 28 % случаев, сочетание поражения органов дыхания и желудочно-кишечного тракта отмечалось в 3 %.

Патология органов дыхания: острый фарингит — у 35 (35 %) детей; острая пневмония диагностирована у 6 (6 %) детей: правосторонняя сегментарная (S5) — у 2 (2 %) детей, левосторонняя интерстициальная — у 1 (1 %) ребенка, правосторонняя долевая — у 1 (1 %), двусторонняя пневмония — у 1 (1 %), левосторонняя очагово-сливная — у 1 (1 %), ринофарингит — у 4 (4 %) детей, обструктивный бронхит — у 4 (4 %), ринофаринготрахеит — у 4 (4 %), фаринготрахеит — у 3 (3 %), фарингит, конъюнктивит — у 3 (3 %), острый фаринготонзиллит — у 2 (2 %), трахеит — у 2 (2 %), фаринголарингит — у 2 (2 %), тонзиллит — у 2 (2 %), ринофаринголаринготрахеит — у 1 (1 %), ринофарингит, обструктивный бронхит — у 1 (1 %), острый трахеит — у 1 (1 %) ребенка.

Патология желудочно-кишечного тракта: острый гастроэнтерит — у 10 (10 %) детей; острый гастрит — у 7 (7 %) детей; острый энтерит — у 5 (5 %); острый энтероколит — у 5 (5 %); острый гастроэнтероколит — у 1 (1 %) ребенка.

Сочетание поражения органов дыхания и желудочно-кишечного тракта отмечалось у 3 (3 %) детей: энтероколит, фарингит — у 2 (2 %), острый энтерит, трахеит — у 1 (1 %) ребенка.

Наиболее распространенными гематологическими изменениями при поступлении были: умеренная тромбоцитопения — у 22 (22 %) пациентов, анемия легкой степени — у 21 (21 %) ребенка, у 7 (7 %) пациентов — анемия средней тяжести, лимфоцитопения наблюдалась у 13 (13 %) детей.

#### **Выводы**

Проведенный анализ показал, что чаще госпитализируются дети с коронавирусной инфекцией на 1–3 сутки от начала заболевания, в большинстве своем дети раннего возраста, преимущественно первого года жизни в состоянии средней степени тяжести. Основными клиническими проявлениями коронавирусной инфекции у детей являются поражения органов дыхания (69 %), с преимущественным поражением глотки (35 %), реже — органов желудочно-кишечного тракта (28 %) с развитием острого гастроэнтерита (10 %). В общем анализе крови для коронавирусной инфекции у детей характерна анемия (28 %), умеренная тромбоцитопения (22 %), редко лимфоцитопения (13 %).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Намазова-Баранова, Л. С. Коронавирусная инфекция (COVID-10) у детей (состояние на апрель 2020) / Л. С. Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология. — 2020. — Т. 17, № 2. — С. 85–94.
2. Shen, K. Diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus infection in children: a pressing issue / K. Shen, Y. Yang // World J Pediatr. — 2020. — № 1–3. — doi: 10.1007/s12519-020-00344-6.

**УДК 616.33/.34-053.36**

### **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**Стринадко Ю. С.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Пищеварительная система младенца, находящегося на лактотрофном питании, имеет ряд анатомо-физиологических и возрастных особенностей желудочно-кишечного тракта, часто приводящих к функциональным нарушениям пищеварения (ФРП) [1, 2]. Проведенные популяционные исследования показали, что 55–75 % детей грудного возраста имеют хотя бы одно функциональное расстройство (младенческая регургитация, кишечные колики, функциональный запор), а в некоторых случаях отмечается даже их сочетание.

К провоцирующим факторам развития ФРП у детей первого года жизни относятся: нарушение режима и техники вскармливания у младенцев, нерациональное питание кормящей матери, пищевая аллергия на белок коровьего молока при искусственном или смешанном вскармливании ребенка, лактазная недостаточность, нарушения микробиоценоза кишечника, токсико-гипоксическое поражение центральной нервной системы и др. [1, 2, 3].

Появление ФРП у младенцев, находящихся на естественном вскармливании, диктует необходимость смены рациона и режима питания кормящих матерей. Выявление данных расстройств у детей, которые находятся на искусственном или смешанном вскармливании, является показанием для замены молочной адаптированной смеси на гипоаллергенную или лечебную. При проведе-