

активности — у трети детей, с небольшим преобладанием у мальчиков; низкой степени активности в 3 раза чаще встречается у девочек; высокой степени активности — в единичных случаях, в 2 раза чаще у девочек. У трети пациентов отрицательный результат на Нр, с небольшим преобладанием у девочек; наиболее часто подтверждается обсемененность средней степени (Нр++), чаще у мальчиков; легкая степень (Нр+) — у каждого 5-го ребенка, как у мальчиков так и у девочек; высокая (Нр+++ ) — в единичных случаях, в 4 раза чаще у девочек.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: рук-во для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский. — Минск : Беларуская навука, 2019. — 426 с.
2. Детская гастроэнтерология: рук-во для врачей / под ред. проф. Н. П. Шабалова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕД-пресс информ, 2019. — 792 с.

**УДК 616.3-053.2:612.66**

### **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

**Короткевич А. П.**

**Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик**

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

#### **Введение**

Физическое развитие представляет собой сложный биологический процесс, зависящий во многом от социальной и природной среды и является наиболее объективным показателем здоровья населения. Показатели длины и массы тела являются фундаментом скрининг — оценки физического состояния детской популяции, наиболее востребованного метода мониторинга ростовых процессов детей в современной педиатрической практике. Выявляемые изменения в отклонениях физического развития являются первыми сигналами функционального неблагополучия, пограничных состояний или отдельных заболеваний у детей. Среди болезней детского возраста, относящихся к хроническим патологиям, болезни органов пищеварения занимают лидирующее место и очевидно, что поражение желудочно-кишечного тракта может приводить к нарушениям физического развития ребенка [1, 2].

#### **Цель**

Оценить физическое развитие детей с заболеваниями пищеварительной системы.

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

Проанализированы «Медицинские карты стационарного пациента» (форма № 003/у-07) детей, находившихся на лечении в педиатрическом отделении № 4 (гастроэнтерологического профиля) учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в январе – феврале 2021 г. Проведена оценка физического развития пациентов по центильным таблицам (Гродно, 2000).

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

В исследуемую группу вошли 134 человека: 68 (50,7 %) девочек и 66 (49,3 %) мальчиков. Возраст пациентов от 2 до 17 лет: до 5 лет — 7 (5,2 %), 6–11 лет — 55 (41,1 %), 12–17 лет — 72 (53,7 %) ребенка.

Физическое развитие среднее у 24 (17,9 %) пациентов — 14 девочек и 10 мальчиков; ниже среднего у 14 (10,5 %) пациентов — 9 девочек и 5 мальчиков; низкое у 7 (5,2 %) — 5 девочек и 2 мальчика; очень низкое у 8 (5,9 %) — девочки и мальчики по 4; выше среднего у 24 (17,9 %) — 11 девочек и 13 мальчиков; высокое у 18 (13,4 %) — 6 девочек и 12 мальчиков; очень высокое у 14 (10,5 %) —

5 девочек и 9 мальчиков; резко дисгармоничное у 25 (18,7 %) человек — 14 девочек и 11 мальчиков. Результаты оценки физического развития представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Физическое развитие девочек и мальчиков различного возраста

Физическое развитие	Возрастные группы (девочки/мальчики; количество)						Всего (количество; %)	
	0–5 лет		6–11 лет		12–17 лет			
	Д	М	Д	М	Д	М	Д	М
Очень низкое	1	1	—	3	3	—	4 (50 %)	4 (50 %)
Низкое	—	—	1	2	4	—	5 (71,4 %)	2 (28,6 %)
Ниже среднего	—	1	4	—	5	4	9 (64,3 %)	5 (35,7 %)
Среднее	—	1	6	3	8	6	14 (58,3 %)	10 (41,7 %)
Выше среднего	1	2	2	7	8	4	11 (45,8 %)	13 (54,2 %)
Высокое	—	—	4	4	2	8	6 (33,3 %)	12 (66,7 %)
Очень высокое	—	—	5	3	—	6	5 (35,7 %)	9 (64,3 %)
Резко дисгармоничное	—	—	9	2	5	9	14 (56 %)	11 (44 %)

Гармоничность физического развития детей: гармоничное у 45 (33,6 %) — 20 девочек и 25 мальчиков; дисгармоничное у 54 (40,3 %) — 30 девочек и 24 мальчика; резко дисгармоничное у 35 (26,1 %) — 18 девочек и 17 мальчиков. Результаты гармоничности физического развития представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Гармоничность физического развития девочек и мальчиков различного возраста

Физическое развитие	Возрастные группы (девочки/мальчики; количество)						Всего (количество; %)	
	0–5 лет		6–11 лет		12–17 лет			
	Д	М	Д	М	Д	М	Д	М
Гармоничное	—	1	10	12	10	12	20 (44,4 %)	25 (55,6 %)
Дисгармоничное	2	4	14	8	14	12	30 (55,6 %)	24 (44,4 %)
Резко дисгармоничное	—	—	13	4	5	13	18 (51,4 %)	17 (48,6 %)

Основное заболевание у пациентов исследуемой группы (код по МКБ-10): К29 — гастрит и дуоденит — у 67 (37 девочек и 30 мальчиков), К21.0 — гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом — у 35 (14 девочек и 21 мальчик), К87 — поражения желчного пузыря, желчевыводящих путей — у 13 (8 девочек и 5 мальчиков), К26 — язва двенадцатиперстной кишки — у 7 (4 девочки и 3 мальчика), К30 — функциональная диспепсия — у 5 (2 девочки и 3 мальчика), F98.1 — энкопрез — у 4 (девочки и мальчики по 2), К86.1 — хронический панкреатит — у 2 мальчиков, К85 — острый панкреатит — у 1 девочки. Результаты анализа физического развития детей с наиболее часто встречающимися заболеваниями пищеварительной системы представлены в таблицах 3, 4.

Таблица 3 — Физическое развитие детей с заболеваниями органов пищеварения

Физическое развитие	К29 (к-во, %)	К21.0 (к-во, %)	К87.0 (к-во, %)	К26 (к-во, %)
Очень низкое	5 (7,5 %)	—	1 (7,7 %)	1 (14,2 %)
Низкое	3 (4,5 %)	3 (8,6 %)	—	—
Ниже среднего	8 (11,9 %)	2 (5,7 %)	2 (15,4 %)	—
Среднее	15 (22,4 %)	1 (2,9 %)	1 (7,7 %)	2 (28,6 %)
Выше среднего	10 (14,9 %)	4 (11,4 %)	4 (30,7 %)	2 (28,6 %)
Высокое	6 (8,9 %)	9 (25,7 %)	1 (7,7 %)	2 (28,6 %)
Очень высокое	4 (6 %)	9 (25,7 %)	2 (15,4 %)	—
Резко дисгармоничное	16 (23,9 %)	7 (20 %)	2 (15,4 %)	—
Всего	67 (100 %)	35 (100 %)	13 (100 %)	7 (100 %)

Таблица 4 — Гармоничность физического развития детей с заболеваниями органов пищеварения

Физическое развитие	K29 (к-во, %)	K21.0 (к-во, %)	K87.0 (к-во,%)	K26 (к-во,%)
Гармоничное	24 (35,8 %)	11 (31,4 %)	4 (30,8 %)	3 (42,9 %)
Дисгармоничное	22 (32,8 %)	15 (42,9 %)	7 (53,8 %)	3 (42,9 %)
Резко дисгармоничное	21 (31,4 %)	9 (25,7 %)	2 (15,4 %)	1 (14,2 %)
Всего	67 (100 %)	35 (100 %)	13 (100 %)	7 (100 %)

### Выводы

Заболевания органов пищеварения чаще регистрируются у детей среднего и старшего школьного возраста. Физическое развитие среднее гармоничное у каждого 6-го ребенка исследуемой группы, чаще у девочек. Физическое развитие ниже среднего, низкое, очень низкое у пятой части детей, чаще у девочек. Физическое развитие выше среднего, высокое, очень высокое у каждого второго пациента, чаще у мальчиков. Более чем у половины детей физическое развитие дисгармоничное. У каждого 5-го пациента с хроническим гастритом физическое развитие среднее гармоничное, у каждого 3-го — выше среднего, высокое, очень высокое дисгармоничное. У большинства пациентов с рефлюкс-эзофагитом, язвой двенадцатиперстной кишки, заболеваниями желчевыводящих путей физическое развитие выше среднего, высокое и очень высокое дисгармоничное.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Детская гастроэнтерология: рук-во для врачей / под ред. проф. Н. П. Шабалова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕД-пресс информ, 2019. — 792 с.
2. Ляликов, С. А. Таблицы оценки физического развития детей Беларуси: метод. рекомендации / С. А. Ляликов, С. Д. Орехов. — Гродно, 2000. — 67 с.

УДК 616.2-008.87:[616-002.17-002.191:615.33]-053.2

## ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

*Кривоштаненко М. В., Сивчук Д. А.*

**Научный руководитель: ассистент Н. В. Моторенко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### Введение

Муковисцидоз — самое распространенное наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена, расположенного в длинном плече 7-й хромосомы, передается по аутосомно-рецессивному типу при наследовании двух мутантных аллелей. Следствием мутации гена является нарушение синтеза, структуры и функции белка трансмембранного регулятора проводимости муковисцидоза (CFTR), в результате чего хлорные каналы становятся патологически непроницаемыми для ионов хлора при гиперабсорбции натрия и одновременном поступлении в клетку воды, что вызывает дегидратацию апикальной поверхности секреторного эпителия и увеличение вязкости слизи [1]. Это заболевание характеризуется распространенным поражением экзокринных желез, кистозным перерождением поджелудочной железы, поражением желез кишечника и дыхательной системы из-за закупорки их выводящих протоков вязким секретом, что вызвано изменениями функций хлорных каналов мембран эпителиальных клеток [2].

Воспалительный процесс микробной этиологии играет важную роль в течении хронического бронхолегочного процесса у больных муковисцидозом (МВ). Больные с данной патологией на протяжении всей жизни страдают от рециди-