

течении беременности. Выявленные особенности венозного кровотока в плодово-плацентарной системе следует учитывать при оценке состояния плода в разные сроки беременности.

Литература:

1. Полянин, А.А. Венозное кровообращение плода при нормально протекающей и осложненной беременности / Полянин А.А., Коган И.Ю. – СПб.: Петровский фонд, 2002. – 158 с.
2. DeVore, G.R. Ductus venosus index: a method for evaluating right ventricular preload in the second trimester fetus / G.R. DeVore, J. Horenstein // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 1993. – V. 3, № 5. – P. 338-342.
3. Doppler studies of vena cava flows in human fetuses. Insights into normal and abnormal cardiac physiology / Reed K.L. [et al.] // *Circulation.* – 1990. – V. 81, № 2. – P. 498-505.
4. Ductus venosus velocity waveforms in appropriate and small for gestational age fetuses / Rizzo G. [et al.] // *Early Hum. Dev.* – 1994. – V. 39, № 1. – P. 15-26.
5. *Fetal Growth and Development* / Ed. by Harding R., Bocking A.D. – Cambridge: Cambridge University Press, 2001 – 284 p.
6. Kanzaki, T. Evaluation of the preload condition of the fetus by inferior vena caval blood flow pattern / T. Kanzaki, Y. Chiba // *Fetal Diagn. Ther.* – 1990. – V. 5, № 3-4. – P. 168-174.
7. Reference ranges for fetal venous and atrioventricular blood flow parameters / Hecher K. [et al.] // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 1994. – V. 4, № 5. – P. 381-390.

Байгом С.И.

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Хронические заболевания органов пищеварения приобрели в последнее время не только медицинское, но и социальное значение в связи со значительной распространенностью [4].

Заболееваемость верхних отделов пищеварительного тракта у детей в настоящее время является одной из актуальных проблем педиатрии, так как в последние десятилетия во всем мире отмечается неуклонный рост хронической гастродуоденальной патологии [1, 4].

Цель исследования: изучить возрастную-половую структуру и клинические проявления у детей с хронической гастродуоденальной патологией.

Материал и методы. Обследован 241 ребенок в возрасте от 5 до 15 лет с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП), находившихся на лечении в Гродненской областной детской клинической больнице. Среди обследованных детей 23 пациентам был выставлен диагноз функциональной диспепсии (ФД), 124 – хронический гастрит (ХГ), 77 –

хронический гастродуоденит (ХГД) и 17 пациентам – язвенная болезнь (ЯБ).

Наряду с общеклиническим и лабораторным обследованием всем детям проводили современные инструментальные исследования: фиброгастродуоденоскопию с прицельной биопсией слизистой желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, определение *Helicobacter pylori* уреазным тестом, фракционное зондирование желудка, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты. Все пациенты были разделены на три возрастные группы: 5-8 лет – 27 детей (11,2%), 9-11 лет – 89 (36,9%) и 12-15 лет – 125 (51,9%). Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта достоверно чаще встречались в средней и старшей возрастных группах, чем в младшей ($p < 0,05$ и $p < 0,01$, соответственно), что согласуется с данными литературы [2, 3].

Имеются указания на связь патологии органов пищеварения с полом пациентов [2, 3, 5]. Среди обследованных нами детей были 184 девочки и 57 мальчиков. Возрастно-половая характеристика наблюдаемых нами пациентов представлена в таблице.

Таблица – Количественное распределение пациентов по возрасту, полу и форме заболевания

ГРУППА	Возраст			Всего	
	5-8 лет	9-11 лет	12-15 лет	М	Д
ФД	9	8	6	5	18
ХГ	9	54	61	28	96
ХГД	8	23	46	18	59
ЯБ	1	4	12	6	11
Всего	27	89	125	57	184

Примечание – М – мальчики, Д – девочки

Как следует из данных таблицы, среди пациентов под наблюдением было больше девочек – 76,3%. Указанная возрастно-половая структура пациентов является типичной для хронической гастроэнтерологической патологии [2, 3].

Малосимптомное и постепенное начало заболевания, отсутствие должной настороженности родителей и врачей приводит к тому, что к моменту установления диагноза у пациентов с ХГДП проходит достаточно продолжительное время [2, 3, 4].

Длительность заболевания у пациентов колебалась от полугода до пяти лет. У многих детей начало заболевания относилось к дошкольному возрасту (54,2%). У отдельных пациентов уже на первом году жизни отмечались дисфункции со стороны органов пищеварения (18,7%) в виде упорных срыгиваний, вздутия живота, задержки стула.

До возникновения типичного для ХГДП симптомокомплекса 28,9%

детей страдали рецидивирующими болями в животе. В таких случаях наиболее часто предполагаемый диагноз – глистная инвазия или острый аппендицит.

Длительность заболевания менее двух лет отмечена у 122 детей (50,6%), свыше двух лет – у 119 (49,4%). Средний возраст начала заболевания у детей с хроническими гастритами с пониженной кислотообразующей функцией желудка составил $8,2 \pm 0,3$ года, с повышенной кислотностью – $9,9 \pm 0,5$ года ($p < 0,05$). Вклады параметров среднего возраста начала заболевания и длительности болезни в дисперсию величины D распространенности патологического процесса составили, соответственно, 2,8 ($p < 0,05$) и 5,0 ($p < 0,05$). Следовательно, чем раньше заболевает ребенок, тем больше у него риск развития в дальнейшем сочетанного поражения желудка и 12-перстной кишки.

У всех детей ведущими в клинике были болевой и диспепсический синдромы. Оба синдрома отличались значительным полиморфизмом и вариабельностью, однако статистически значимых различий между характеристиками болевого и диспепсического синдрома в зависимости от нозологической формы заболевания выявить не удалось.

Ведущими жалобами у большинства пациентов были боли в эпигастрии во время или после еды (31,3%), натощак и ночью (40,1%) или без четкой связи с приемом пищи (28,6%). Обычно они носили тупой ноющий характер (91,2%), у 8,8% пациентов были острыми и приступообразными.

Средняя продолжительность болевого синдрома у детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта составила $26,4 \pm 1,4$ дней. Нами не выявлено статистически значимого различия между длительностью болевого синдрома и формой заболевания, однако при хроническом гастродуодените и язвенной болезни пальпаторная болезненность отличалась большей интенсивностью, носила более локальный характер и сопровождалась более выраженным нарушением общего состояния. У пациентов с пониженной кислотообразующей функцией продолжительность болевого синдрома достоверно выше, чем у пациентов с повышенной кислотообразующей функцией (соответственно, $30,3 \pm 1,3$ дней и $22,8 \pm 1,9$ дней, $p < 0,01$). Длительность болевого синдрома у пациентов с ХГДП и сочетанным поражением поджелудочной железы статистически значима, в отличие от детей без вовлечения этого органа в патологический процесс (соответственно, $31,2 \pm 1,9$ дней и $25,5 \pm 1,5$ дней, $p < 0,05$), что согласуется с данными литературы [2, 3].

Диспепсический синдром включал наличие тошноты, рвоты, снижение аппетита, отрыжку, изжогу, неустойчивый стул. У детей с ХГДП чаще всего отмечались тошнота (26%), рвота (19%) и снижение аппетита (18%). Неустойчивый стул в виде чередования поносов и запоров выявлен у 7% пациентов.

Изменения функции вегетативной нервной системы в виде нарушения

сна, утомляемости, гипергидроза ладоней и стоп были отмечены у 85% пациентов с ХГДП. Это подтверждает большое значение нарушений нервной регуляции в развитии заболеваний гастродуоденальной зоны [4].

Выводы:

1. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта достоверно чаще встречаются в средней и старшей возрастных группах детей.

2. Во всех возрастных группах детей, имеющих хроническую гастродуоденальную патологию, чаще болеют девочки.

3. Болевой и диспепсический синдромы являются ведущими клиническими синдромами у детей с хронической гастродуоденальной патологией.

Литература:

1. Баранов, А.А. Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, П.Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т. 1, № 1. – С. 12-14.

2. Гастроэнтерология детского возраста / Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 97-150.

3. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей / В.Г. Майданник [и др.]. – Киев: ВБ «Аванпост Прим», 2008. – 432 с.

4. Педиатрия: национальное руководство. В 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.1. – 1024 с.

5. Савицкая, Е.В. Особенности гастродуоденальной патологии у детей дошкольного и младшего школьного возраста / Е.В. Савицкая // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 3. – С. 35-37.

Барков В.А., Баркова В.В., Санько Н.И., Войтишкин В.Л.

СТАТИЧЕСКАЯ ВЫНОСЛИВОСТЬ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА СТУДЕНТОК С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ЗДОРОВЬЕ

Учреждение образования «Гродненский государственный университет
имени Янки Купалы», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Голеностопный сустав человека характеризуется прежде всего тем, что ежедневно обеспечивает движения в виде ходьбы, а у тех, кто занимается физической культурой (бег, прыжки), формирует необходимые условия для выполнения многообразных двигательных действий с изменяющимися по величине функциональными воздействиями на стопу и голень: на короткие мышцы стопы и мышцы, расположенные на голени, выполняющие сгибание, разгибание, пронацию и супинацию; на мышцы, отвечающие за боковые движения в нижнем таранном суставе. При этом уровень их развития зависит от состояния физического здоровья человека, пола, возраста, образа жизни, отношения к физической культуре, спорту и т.п. Поэтому исследование особенностей проявления двигательных способностей (статической выносливости) у