

3. Даниленко І. М. Гігієнічна скринінг-оцінка впровадження здоров'я формуючих інновацій у загальноосвітніх навчальних закладах / Г. М. Даниленко, Л. Д. Покроєва, І. С. Крижанко [та ін.] // – Харків, 2006. – 76 с.

4. Лоус П. А. Профилактическая коммунальная стоматология / П. А. Лоус. – 2008. – 443 с.

5. Рогощук Д. В. Обоснование применения конусно-лучевой компьютерной томографии в стоматологии / Д. В. Рогощук // Стоматолог-практик. – 2010. – № 4. – С. 22-26.

6. Чибисова М. А. Алгоритмы обследования пациентов при применении денгальной объемной томографии в амбулаторной стоматологической практике / М. А. Чибисова // Dental Market. – 2010. – Р. 76-78.

7. Шинкарук-Диковицька М. М. Медико-соціальні фактори умов життя соматично здорових чоловіків із різних природних та адміністративних регіонів України / М. М. Шинкарук-Диковицька // Biomedical and biosocial anthropology. – 2012. – № 19. – С. 248-254.

8. Шинкарук-Диковицька М. М. Показники використання засобів догляду порожниці рота соматично здорових чоловіків із різних регіонів України / М. М. Шинкарук-Диковицька // Український медичний альманах. – 2012. – Т. 15, № 5. – С. 164-169.

**Юрків О. І.**

кандидат медичних наук, асистент

*Буковинський державний медичний університет  
м. Чернівці, Україна*

### **КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА ТА ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У НЕМОВЛЯТ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ В АНАМНЕЗІ**

**Вступ.** У дітей раннього віку дисбіотичні порушення виникають частіше, ніж у дорослих, що визначається морфо-функціональною незрілістю шлунково-кишкового тракту в цей віковий період. Тому, передумовою до розвитку запальних захворювань кишечника можуть бути тяжкі клінічно значимі форми дисбіотичних порушень у перші роки життя [1, с. 49]. Підвищена активність процесів обміну та відносна функціональна недосконалість систем органів є особливостями немовлячого віку та зумовлює необхідність забезпечення своєчасної діагностики та корекції при лікуванні перинатальної патології і відновлювальної терапії у подальшому. Особливостями функціонального стану ШКТ у дітей немовлячого віку є недостатня кількість соляної кислоти і протеолітичних ферментів у шлунку, знижена секреція жовчі печінкою, а також підвищений вміст кисню у товстому кишечнику [2, с. 56]. При народженні дитини реалізація несприятливих факторів ризику у пологах викликає у новонароджених порушення адаптації різного ступеня тяжкості, що потребує лікування й забезпечення догляду дитини окремо від матері під наглядом медичного персоналу. Це спричиняє заселення організму новонародженого мікрофлорою, яка є не завжди фізіологічною та веде до порушень у формуванні муцинового шару кишечника. Всі мікроорганізми об'єднані в екзополісахаридно-муциновий матрикс і утворюють спеціальну біоплівку, що покриває слизову оболонку кишечника [3, с. 117]. Від особливостей формування захисного муцинового прошарку залежить ефективність адгезії і активна життєдіяльність симбіотичної мікрофлори.

**Метою наукової роботи** було вивчення особливостей формування мікроекології кишечника у дітей грудного віку з перинатальною патологією в періоді новонародженості

**Матеріали і методи дослідження.** Основну групу дослідження склали 25 дітей грудного віку з перинатальною патологією в анамнезі, у яких спостерігалися клінічні

симптоми порушень ШКТ: групу порівняння – 25 немовлят без даних порушень. Діагностичний комплекс включав визначення секреторного імуноглобуліну А (sIgA), альфа-1-антитрипсину (А1-АТ) та альбуміну в калі, які є індикаторами запального процесу в кишечнику. Визначення sIgA, А1-АТ та альбуміну в калі проводилось на база Німецько-Української лабораторії «БУКІНТЕРМЕД», реактиви фірми. Аналіз отриманих результатів проведений за допомогою пакету прикладних програм «STATGRAPHICS Plus 5.1» з використанням загальноприйнятих статистичних методів дослідження.

**Результати та їх обговорення.** На момент дослідження виявлено зривування у однієї дитини, що склало 4,0 %. Частими симптомами у дитячій даній групі були метеоризм, закрепи та біль у животі, що відповідно склали 7(28,0 %), 8 (32,0 %) та 6 (24,0 %) випадків. Поодинокі випадки метеоризму, поганого смоктання та закрепи спостерігалися у дітей II групи.

Чинниками розвитку щодо порушень функціонального стану кишечника у дітей були перенесені гострі захворювання, з приводу яких вони неодноразово знаходилися на лікуванні у відділеннях дитячої лікарні. Так, 3 (12,0 %) дітей перехворіли на гострий обструктивний бронхіт, 3 (12,0 %) – ентероколіт; у 2 (8,0 %) випадків в анамнезі був перенесений трахеобронхіт; у 1 (4,0 %) випадках – ГРВІ та у 1 (4,0 %) – сальмонельоз. Діти отримували лікування відповідно діючим протоколам та клінічним рекомендаціям. При огляді у всіх дітей I групи спостерігалися клінічні симптоми порушень функціонального стану кишечника, а саме: закрепи – у 8 (32,0 %), схильність до розрідження випорожнень – у 4 (16,0 %); ознаки метеоризму зі здуттям живота, кишковими кольками та характерною позою дитини з приведеними ніжками – у 7 (28,0 %) випадків. Порушення апетиту мали 5 (20,0 %) дітей; у 1 (4,0 %) відмічалася зривування. Клінічні прояви жовтяниці відмічені у 1 (4,0 %) дитини, збільшення розмірів печінки також у 1 (4,0 %) випадків. У 4 (16,0 %) дітей спостерігалися неспокої та постійний плач. Окрім того, макроскопічно у випорожненнях дітей відмічалася слиз та неперетравлені залишки їжі. Кoproграма у більшості випадків характеризувалася підвищеним вмістом нейтрального жиру, кількістю епітелію та лейкоцитів.

У випорожненнях дітей, які мали клінічні ознаки порушень функціонального стану кишечника, відмічався значно вищий рівень альбуміну ( $9,7 \pm 0,48 \text{ mg/g}$  проти  $3,3 \pm 0,16 \text{ mg/g}$ ), А1-АТ ( $540,2 \pm 27,01 \text{ mg/g}$  проти  $113,9 \pm 5,69 \text{ mg/g}$ ) та sIgA ( $2538,7 \pm 126,93 \text{ mg/g}$  проти  $1087,7 \pm 54,38 \text{ mg/g}$ ) порівняно з дітьми контрольної групи. З урахуванням інтерпретації вказаних показників щодо підвищення проникливості слизової оболонки кишечника на фоні місцевого запалення, зниження активності протеолітичних ферментів, а саме, хімотрипсину, трипсину, еластази, гіалуронідази, протеаз лейкоцитів, макрофагів, мікроорганізмів тощо, можна пояснити зниження апетиту в дітей та недостатню толерантність до їжі – ознаки, що супроводжують наявність порушень функціонального стану кишечника. Збільшений рівень sIg А у випорожненнях дітей II групи може спричинити алергічна реакція слизової кишечника, ймовірно на фоні штучного вигодовування, але не можна виключити також наявність алергічного компоненту місцевого імунітету як однієї з ланок патогенезу запалення слизової оболонки кишечника.

При відсутності своєчасної корекції в періоді новонародженості клінічні прояви дисбіозу у подальшому можуть набувати значної клінічної тяжкості.

**Висновок.** За допомогою комплексу діагностичних досліджень можливо виявити ранні ознаки появи дисбіозу ШКТ та попередити їх раннім призначенням корегуючої терапії (пребіотиків, пробіотиків, функціонального харчування). Перспективи подальших досліджень плануються щодо вивчення патогенетичних механізмів розвитку порушень функціонального стану кишечника, методів діагностики і корекції.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Шадрін О. Г. та ін. Функціональне харчування та хронічні запальні захворювання кишечника у дітей раннього віку. / О. Г. Шадрін, Р. В. Марушко, Т. С. Брюзгіна, В. Л. Місник, О. В. Муквін // Современная педиатрия 6 (34) / 2010, С. – 46-54